ROK III WARSZAWA 1929 SIERPIEN ZESZYT VIII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DR. S. CYTRONBERG

O działaniu rozcieńczonych i stężonych wodnych roztworów niektórych soli, stosowanych jako środki czyszczące, (Laxantia salina. Wody zdrojowe) tudzież o działaniu t. zw. środków ściagajacych (adstringentia).

Mówiąc o leczniczem działaniu wodnych roztworów czyszczących, musimy odróżnić dwa zasadnicze czynniki, a mianowicie: 1) działanie samego rozpuszczalnika t. j. wody oraz 2) działanie rozpuszczonych ciał.

Z punktu widzenia chemji fizycznej odróżnianie tych dwuch czynników jest coprawda, w pewnej mierze sztuczne i dowolne, albowiem szereg cech wodnych roztworów jest łącznym wynikiem sił, działających w układzie dispersoidowym, jako całości, a nie zwykłą sumą lub innym wykładnikiem cech poszczególnych jego składników. Jednakże z punktu widzenia biologicznego jesteśmy w stanie wyłuszczyć w pewnym stopniu bezpośredni wpływ rozpuszczalnika z jednej strony i ciał w nim rozpuszczonych z drugiej. Zresztą ten sposób rozpatrywania działania wodnych roztworów ułatwia zorjentowanie się w wielce złożonym i jeszcze niedostatecznie wyjaśnionym mechaniźmie działania różnych wodnych rozczynów elektrolitów i t. zw. wód mineralnych.

O działaniu wody. jako niezbędnego rozpuszczalnika, była już mowa w doniesieniu poprzedniem. Była też mowa o znaczeniu podstawowych cech fizycznych wody (ilości, ciepłoty), o konieczności ścisłego dostosowania jednorazowej i dobowej ilości wypijanej wody do stwierdzonej sprawności czynnościowej żołądka i t. d. Poznajemy obecnie coraz dokładniej udział przewodu pokarmowego, a zwłaszcza wątroby, w gospodarce wodnej ustroju i oceniamy go coraz wyżej. Musimy też uznać, że picie wód mineralnych już ze względu na same fizyczne właściwości spożywanej we wzmożonej ilości i w niezwykłej porze, przeważnie w okresie międzytrawiennym, wody winno wywołać pewne zmiany w jej obiegu w kierunku pożądanym, niestety,

narazie jeszcze bliżej nieznanym. Rzecz jasna, że jednoczesne wprowadzenie większej ilości elektrolitów, wywierających silne działanie bezpośrednie na koloidy ściany przewodu pokarmowego, następnie na koloidy tkanki wątrobnej i wreszcie, na koloidy wszystkich tkanek ustroju winno w istocie potęgować działanie samej wody i to w stopniu narazie nie dającym się nawet w przybliżeniu określić. Nie dziw też, że od wieków stosowane i oparte niemal wyłącznie na czysto empirycznem doświadczeniu, picie wód mineralnych, daje nader często i to w znacznej liczbie stanów chorobowych przewodu pokarmowego wyniki bardzo dobre, niekiedy nieosiągalne na innej drodze.

O mechaniźmie działania wód mineralnych wiemy dotychczas tak mało, że do niedawna jeszcze szereg lekarzy wygłaszał poglądy, podające w wątpliwość fakt dodatniego działania samych przez się wód, zaś niewątpliwie stwierdzaną podmiotową i przedmiotową poprawę chorych usiłowano tłumaczyć pobocznym wpływem odpoczynku, pobytu w warunkach pozadomowych, ścisłym przestrzeganiem zaleconej diety itd., wreszcie, nawet autosugestją.

Śmiem twierdzić, że wygłaszanie takich poglądów jest niczym innym, jak świadomem lub podświadomem przyznaniem się do „non possumus". A przecież i te stosunkowo nieliczne nasze wiadomości o działaniu jonów na układy koloidowe wogóle, na lipoidy, białka i na pierwoszcze żywych komórek w szczególności już teraz dobitnie wskazują możność zasadniczego zadziałania na czynnościowe i organiczne odchylenia przewodu pokarmowego, wątroby, trzustki i t. d. wreszcie na wszystkie komórki i substancję międzykomórkową całego ustroju. Każda cząsteczka nieelektrolitu lub koloidu, a przedewszystkiem każdy poszczególny jon, obecny w środowisku zewnętrznem lub wewnętrznem każdej komórki, wywiera pewien wpływ na fizycznochemiczne właściwości jej koloidów, a tym samym, nadaje pewien kierunek przebiegowi jej czynności swoistych. Doprowadzając wielką ilość jonów i nierozszczepionych cząsteczek, rozpuszczonych w większej lub mniejszej ilości wody, zmieniamy wzajemny ilościowy stosunek jonów i cząsteczek w otoczeniu a pośrednio i wewnątrz komórki, zmieniamy osmotyczne warunki, siły elektryczne i t. d., pod działaniem których bez przerwy znajduje się każda komórka, ściślej mówiąc, każdy morfotyczny składnik i każda koloidowa cząstka komórki. Prawda, nie jesteśmy w stanie ściśle określić kierunku i rozpiętości zmian, wywołanych przez te czynniki, wprowadzone z zewnątrz, jednakże musimy uznać sam fakt istnienia tych zmian, a więc i możliwość czasowego usunięcia czynnościowych i organicznych odchyleń, wywołanych poprzednio przez nieprawidłowe, chorobowo zmienione warunki.

Niemal wszystkie wody zdrojowe, stosowane w lecznictwie, są stosunkowo rozcieńczonemi rozczynami różnych soli. Stopień rozcieńczenia wód jest najczęściej tak wielki, że niemal wszystkie te sole są maksymalnie rozszczepione elektrolitycznie czyli tworzą, przeważnie, jony. Dzięki licznym systematycznym badaniom składu różnych wód mineralnych znamy obecnie ich zawartość jonów z dokładnością, sięgającą niekiedy do piątego znaku dziesiętnego. Gdybyśmy tak samo dokładnie znali swoiste działanie każdego z tych jonów na koloidy ustrojowe, to działanie poszczególnej wody mineralnej można byłoby zgóry dokładnie określić. Niestety, tak nie jest. Badanie działania poszczególnych jonów na główne koloidy ustroju wogóle i na przebieg czynności przewodu pokarmowego w szczególności jest dopiero w zarodku.

Tym nie mniej zdołano dzięki zastosowaniu metod fizyczno-chemicznych rzucić pewne światło na działanie poszczególnych elektrolitów w kierunku zmiany stopnia nawodnienia (pęcznienia) koloidów komórkowych, na lepkość krwi, na rozpuszczalność słabo rozpuszczalnych soli (moczanów, soli wapniowych i t. p.), na przyśpieszenie rozszczepiań i syntez zaczynowych, na przyśpieszenie przemiany materji i t. d. (*Bechhold*).

Dotychczasowe badania w tej dziedzinie ustaliły, przedewszystkiem, że niezbędnym warunkiem prawidłowej czynności każdej komórki ustroju jest obok izotermji t. j. stałej ściśle określonej ciepłoty oraz izotonji, t. j. stałego ściśle określonego ciśnienia osmotycznego, także izojonja, t. j. pewne ściśle określone ilościowe ustosunkowanie się głównych katjonów jednowartościowych, mianowicie Na' i K' do głównych katjonów dwuwartościowych Ca i poczęści Mg. Jednowartościowe jony Na i K a także jednowartościowe anjony Cl', Br', J' działają w pewnych granicach swego stężenia głównie w kierunku wzmożenia

stopnia nawodnienia i rozproszenia koloidów, t. j. zmniejszenia się każdej poszczególnej cząstki koloidowej i bardziej wyraźnej wodnistości, że tak powiem rozluźnienia całego układu koloidowego (żelu koloidowego). Temu przeciwdziałają wymienione katjony dwuwartościowe, jak również dwuwartościowe anjony SO_4 itp., powodujące odpęcznienie i zmniejszenie się stopnia rozproszenia koloidów, mianowicie, zgrubienie, powiększenie się poszczególnych cząsteczek i zagęszczenie, że tak powiem, zesztywnienie całego układu koloidowego.

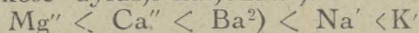
Liczbowo prawidłowy stosunek jonów Na, K i Ca wyraża się proporcją 100 : 2 : 2. Znacznie przeważająca liczba jonów Na jest konieczna dla ustroju i jedynie jednowartościowy Li (lit) może w pewnym stopniu zastąpić sód. Wzmożona zawartość jonów K jest natomiast, wybitnie szkodliwa (trująca) i może być równoważona przez odpowiedni nadmiar jonów dwuwartościowych, przedewszystkiem, wapnia. Jeżeli w środowisku komórki zawarte są tylko jony sodowe Na, to również następuje uszkodzenie koloidów komórki w kierunku zbytniego ich rozluźnienia i w krótkim czasie komórka ginie (*Jaques Loeb, Lillie, Wo. Ostwald, Osterhout, Lipman*). Dodawanie odpęczniających jonów wapniowych lub innych dwu—czy wielowartościowych jonów, samych przez się, nawet jadowitych, jak np. ołowiu i t. p., do roztworu sodowego, zmniejsza nawodnienie i zbytnie rozproszenie koloidów komórki i tym samym, przyczynia się do utrzymania jej przy życiu. Wskutek swojej wielkiej szybkości jednowartościowe katjony Na i K, a także jednowartościowe anjony chlorowe, bromowe, jodowe i t. d. szybko dyfundują do wnętrza komórki, co znów powoduje szybkie ich wessanie w jelicie.

Uwadniające działanie jonów Na i K na koloidy nabłonka śluzówki jelita powoduje także zwiększoną jego przepuszczalność dla innych ciał, obecnych w treści jelitowej. Przeciwnie, jony dwuwartościowe i to zarówno, katjony, jako też anjony nietylko same przez się dyfundują wolniej i gorzej zostają wessane w jelicie, lecz także (przez swoje działanie odpęczniające i zagęszczające na koloidy nabłonka, substancji międzykomórkowej, ściany naczyń i t. d.[1]), utrudniają wsysanie innych składników treści jelitowej.

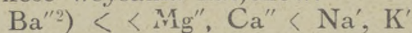
[1]) Według H. Bechholda, l. c.

Jeżeli ustawić niektóre anjony i katjony najczęściej spotykane w wodach mineralnych według stwierdzonej szybkości dyffuzji i wchłaniania, to otrzymamy rzędy niemal zupełnie jednakowe, a mianowicie:

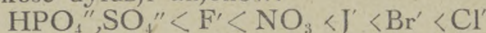
Szybkość dyfuzji katjonów[1]):


$Mg'' < Ca'' < Ba$[2]) $< Na' < K'$

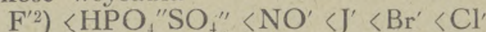
Szybkość wsysania katjonów:


Ba''[2]) $< < Mg'', Ca'' < Na', K'$

Szybkość dyfuzji anjonów:


$HPO_4'', SO_4'' < F' < NO_3 < J' < Br' < Cl'$

Szybkość wsysania


F'[2]) $< HPO_4'' SO_4'' < NO' < J' < Br' < Cl'$

Działanie każdego elektrolitu (soli), rozpuszczonego w danym roztworze jest zależne zarówno od jego anjonu jako też katjonu. W elektrolitach, składających się z jonów o mniej więcej podobnym sposobie działania, ostateczny wynik jest zależny od sumy ich działania. Przeciwnie, w elektrolitach, których anjon i katjon mają odmienny wpływ, następuje wzajemne osłabienie ich działania. Działanie każdego roztworu elektrolitów na przewód jest więc m. in. wypadkową poszczególnych, częściowo zbieżnych, częściowo rozbieżnych sposobów działania wszystkich kat- i anjonów w nim zawartych.

Rozpatrując większość elektrolitów, wchodzących w skład wód zdrojowych i t. zw. soli czyszczących (salina laxantia) spostrzegamy, że elektrolity, które odznaczają się silnym działaniem odwadniającym (odpęczniającym na koloidy białkowe) wywierają silne działanie czyszczące. Do tych elektrolitów należą siarczan litu i sodu fosforan, octan, cytrynian i winian sodu i potasu (*Bechhold*). Jak wynika z tego zestawienia, w działaniu wymienionych elektrolitów przeważają swoiste cechy ich odpęczniających i źle dyfundujących anjonów nad uwadniającym działaniem ich szybko dyfundujących katjonów (litu, sodu i potasu).

Siarczan magnu, odznaczający się umiarkowanem działaniem odwadniającem jest tym niemniej silnym środkiem czyszczącym a to ze względu na stosunkowo słabą dyfuzję obu tych jonów, zwłaszcza anjonu SO_4.

Rozczyny wymienionych elektrolitów ulegają tylko częściowemu wessaniu w jelicie cienkim. One hamują również wchłanianie innych składników treści jelitowej,

[2]) Fluor i bar dyfundują gorzej od innych jonów dlatego, że jako silne jady uszkadzają pierwoszcze, zamykając same sobie drogę do głębokich warstw jego (H. Bechhold).

wskutek czego do jelita grubego dostaje się znaczna ilość treści płynnej, sama objętość której jest już bodźcem dla ruchów robaczkowych okrężnicy. Znaczna część szczaw oraz innych wód słonych, alkaliczno-słonych, a zwłaszcza siarczanych, wywierają też słabsze lub silniejsze działanie przeczyszczające, właśnie dzięki swojej stosunkowo znacznej zawartości jonów źle dyfundujących i hamujących wchłanianie jelitowe, a także dzięki swemu, stosunkowo niewielkiemu ciśnieniu osmotycznemu, które powoduje szybkie ich przedostawanie się z żołądka do dwunastnicy (*Modrakowski*). Niektóre z nich działają też swoiście podniecająco na wydzielanie jelitowe, przez co powodują jeszcze większy przyrost objętości płynnej treści jelitowej oraz na ruchy robaczkowe (doświadczenia *Mc Colluma i Barcrofta*). Zawartość wolnego dwutlenku węgla w t. zw. szczawach również przyczynia się w pewnym stopniu do wzmożenia się wydzielania żołądkowego i pośrednio jelitowego, a także pobudza ruchy robaczkowe.

Elektrolity Na Cl, K Cl, Na NO_3 i częściowo Na HCO_3*) odznaczają się bardzo wielką szybkością dyfuzji, ponieważ zarówno ich anjony (Cl i NO_3) jako też katjony (Na i K) należą do najbardziej ruchliwych jonów. Wszystkie te elektrolity działają także w kierunku wzmożenia nawodnienia i stopnia rozproszenia koloidów komórkowych oraz ogólnego rozluźnienia nabłonka i innych morfotycznych składników śluzówki jelitowej. Nic też dziwnego, że one ulegają bardzo szybko wessaniu w jelicie. Ich zawartość w wodach zdrojowych nie posiada bozpośredniego wpływu na działanie czyszczące tych wód. Natomiast po przedostaniu się do krwiobiegu one wywierają silne, swoiste dla ich anjonów i katjonów działanie na komórki całego ustroju (p. w.) i m. inn. wywołują częstokroć wzmożoną diurezę, gdyż ustrój w krótkim czasie pozbywa się nadmiaru wprowadzonych doń zzewnątrz jonów, naruszających bądź jego izojonję, bądź też izotonję albo też jedną i drugą. Nie ulega wszakże wątpliwości, że podczas tej krótkiej wędrówki przez soki i tkanki ustroju odnośne elektrolity są w stanie wywołać szereg zmian w istniejącym układzie sił fizyczno-chemicznych. Być może, że część tych jonów zostaje zatrzymana przez tkanki na czas dłuższy. Coprawda przypuszczenie to nie zostało jeszcze dotychczas udowodnione, nie bacząc na szereg badań w tym kierunku.

Bezpośrednie działanie wód na przewód pokarmowy nie ogranicza się, rzecz jasna do czasowego uregulowania wypróżnień. Duża ilość rozpuszczalnika, wprowadzonego wraz z jonami działa bezpośrednio na treść przewodu, ułatwiając rozpuszczenie jej składników. Zawartość zasad przeciwdziała skutecznie nadmiarowi kwasu solnego w przypadkach nadkwaśności treści żołądkowej, albo też ułatwia rozpuszczenie śluzu żołądkowego w przypadkach nieżytu śluzowego.

Wybierając wodę zdrojową o odpowiednim składzie chemicznym, możemy skutecznie zadziałać na samą ścianę jelita i to bądź w kierunku usunięcia jej zbytnego nawodnienia i rozluźnienia, bądź też w kierunku zmniejszenia jej nadmiernego odpęcznienia i zesztywnienia, które jest częstokroć następstwem przewlekłego nieżytu, połączonego z włóknistym zwyrodnieniem ściany. Wspomniane powyżej doświadczenia *Meyerhoffera* i *Pribrama* następnie *Steina* i *Meyerhoffera* oraz *Finkelsteina* dowiodły wielkiego znaczenia stopnia pęcznienia ściany jelita, a co za tym idzie, jej przepuszczalności, dla sprawy wchłaniania jelitowego. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że ten czynnik nie jest jedynym miarodajnym w złożonej pracy wsysającej jelita to jednak odgrywa on wielką rolę i należy uznać, że odpowiednia zmiana stopnia pęcznienia śluzówki jelita pod wpływem celowego leczenia zdrojowego winna wywołać mniej lub więcej długotrwałą poprawę sprawności czynnościowej przewodu pokarmowego.

Część jonów i rozpuszczalnika, ulegająca wessaniu i dostająca się na drodze żyły wrotnej do wątroby, wywołuje, bezsprzecznie pewne, bliżej jeszcze nieznane, zmiany, w układzie koloidowym komórek wątrobnych i ścian dróg żółciowych oraz w fizyczno-chemicznych właściwościach wydzielanej żółci. Wiedząc, jak ściśle sprawa powstawania złogów (kamieni) jest związana z siłami fizyczno-chemicznemi, czynnemi w żółci a więc także ze stężeniem i rodzajem jonów, w niej zawartych musimy uznać, że wpływ odpowiednich wód zdrojowych na kamicę żółciową jest w dużej mierze skutkiem swoistego działania ich jonów.

*) $NaHCO_3$ i Na_2CO_3 tworzą z kwasem solnym soku żołądkowego Na Cl.

Zjawisko „starzenia się" naturalnych (rodzimych wg. *Korczyńskiego*) wód mineralnych, znane oddawna zależy, jak wiemy obecnie dzięki badaniom *Baudischa* i *Welo, Freseniusa* i *Harpudera, Warburga, Bickela, Kramsztyka* i inn., nietylko od ich cech radjoaktywnych, o których mowa poniżej, lecz w głównej mierze od pewnych innych zjawisk fizyczno-chemicznych, w nich zachodzących.

Glenard wykazał już przed kilkudziesięciu laty, że świeża woda Vichy jest w stanie odszczepiać tlen od dwutlenku wodoru i spowodować utlenianie benzydyny, czyli posiada właściwości katalityczne. Te właściwości znikają w miarę stykania się świeżej wody Vichy z powietrzem, albo też pod wpływem wysokiej t⁰, a zwłaszcza pod działaniem promieni słońca. Nowe badania *Baudischa* i *Welo* dowiodły, że odnośne własności wody mineralnej są spowodowane przez zawarte w niej związki żelaza, które ze stanu czynnego, w jakim znajdują się w wodzie świeżej przechodzą w stan nieczynny. Przeistaczaniu się zwiazków żelaza towarzyszą zmiany wewnątrz samych atomów żelaza, których następstwem jest utrata zdolności aktywowania tlenu, utrata właściwości magnetycznych i t. d. Na podstawie wyników swoich doświadczeń ze związkami żelaza, *Baudisch* i *Welo* wysunęli przypuszczenie, że i inne katjony, wchodzące w skład większości wód mineralnych, jako to sod, potas, magn, wapń i t. d., występują w różnych postaciach, bardziej lub mniej czynnych, od których m. inn. zależy odmienne działanie świeżych „rodzimych" wód mineralnych.

Badania *Baudischa* i *Welo* zostały niedawno potwierdzone na drodze czysto biologicznej przez *Bickela* i jego współpracowników. Z badań *Bickela* wynika niezbicie, że wewnątrzatomowa budowa żelaza gra dużą rolę w jego działaniu na ustrój zwierzęcy, co znów stoi w związku z badaniami *Warburga* nad rolą żelaza w mechanizmie oddychania tkanek. Nie wdając się w dalsze szczegóły tych niezmiernie ciekawych zdobyczy ostatniej doby, pragnę jedynie zaznaczyć tutaj, że dzięki wprowadzeniu nowoczesnych metod fizyki i chemji fizycznej do badań biologicznych wogóle i do medycyny w szczególności, zarysowują się nowe szerokie widnokręgi i niezmierzone możliwości głębszego wniknięcia w tajniki podstawowych czynności życiowych, a co za tym następuje, nieprzewidziane możliwości leczniczego zadziałania na ustrój.

Wspomnę jeszcze o radjoaktywnych właściwościach szeregu świeżych wód mineralnych. Ich, bezsprzecznie, dodatnie działanie na ustrój dotychczas nie znalazło zadawalającego objaśnienia, nie bacząc na olbrzymią liczbę wygłaszanych teorji i przypuszczeń (częstokroć sprzecznych). Ograniczam się do przytoczenia tylko kilku nowszych prac w tej dziedzinie.

Otóż według *Nadsona* pierwoszcze komórek, naświetlanych radem, stopniowo mętnieje, przyczym występują w niem małe pęcherzyki i kropelki tłuszczu. Przepuszczalność komórki zmniejsza się, natomiast jej objętość zwiększa się początkowo. W miarę przedłużania naświetlań komórka się kurczy, przyczym ziarnistość jej pierwoszcza zaznacza się coraz bardziej.

W przeciwieństwie do *Nadsona,* inny badacz, *Packard,* przyszedł na podstawie swoich doświadczeń do wniosku, że naświetlanie promieniami radu wywołuje wzmożoną przepuszczalność komórki, zaś w miarę zwiększania się przepuszczalności komórki wzmaga się też działanie promieni radu.

H. Zwaardemaker i jego szkoła szczególnie podkreśla znaczenie energji promienistej dla wszystkich przejawów życiowych. Według *Zwaardemakera* potas gra szczególnie wybitną role, gdyż jest jedynym radjoaktywnym pierwiastkiem ustroju. Promienie γ zwłaszcza β tego pierwiastka mają być jednym z podstawowych czynników w kataboliźmie pierwoszcza. Działanie potasu może być zastąpione tylko przez pierwiastek, odznaczający się taką samą energją promieniotwórczą, np. przez rubid lub cez, a nawet przez rad, tor, uran i t. p., jakkolwiek w promieniach tych ostatnich przeważają promienie α.

Gwoli ścisłości muszę zaznaczyć, że poglądy *Zwaardemakera,* napotkały na liczne sprzeciwy ze strony innych badaczów (*Hamburger. Hoeber, Spiro* i in.).

Jak już zaznaczyłem powyżej, stosunkowo niewielkie ciśnienie większości wód mineralnych (lub ich stosowanych rozcieńczeń) jest jednym z powodów ich szybkiego działania przeczyszczającego. To samo odnosi sie do rozcieńczonych rozczynów t. zw. soli czyszczących (laxantia salina), do których należą siarczany sodu i magnu

fosforan, cytrynian, octan, winian sodu i potasu (p. w.). Jak wiadomo, po podaniu 300-400 cm^3 5 — 6%-owego rozczynu $Na_2 SO_4$ lub $Mg SO_4$ osiągamy w ciągu 1—2 godzin obfite płynne wypróżnienie. Inaczej rzecz się przedstawia po doustnym wprowadzeniu takiej samej ilości (15 — 30 gr.) $Mg SO_4$ lub $Na_2 SO_4$ w rozczynie stężonym, np. 25%-owym. Wypróżnienie nastąpi w tym przypadku znacznie później, nieraz po kilku a nawet kilkunastu godzinach.

Tłumaczenie tego pozornie paradoksalnego zjawiska, że roztwór stężony działa wolniej, niż rozcieńczony, nie jest łatwe. Istnieje niezgodność pomiędzy poglądami różnych badaczów na to zagadnienie. Tak np. według *Schade'go* wprowadzony stężony roztwór hamuje wydzielanie żołądkowe i dopiero w jelicie wywołuje wydzielanie soku. Wielkie ciśnienie osmotyczne stężonych roztworów Na_2SO_4 lub $MgSO_4$ ma wywołać przypływ wodnistego soku jelitowego, który trwa tak długo, aż ciśnienie osmotyczne treści jelitowej zbliży się do izotonicznego, co następuje dopiero przy stosunkowo znacznem rozcieńczeniu wprowadzonych rozczynów. Ponieważ wydzielanie jelitowe jest wogóle stosunkowo skąpe, więc musi przejść od kilku do kilkunastu godzin, nim śluzówka jelita wydzieli dostateczną ilość soku. Dopiero w tym czasie ogólna objętość treści jelitowej, t. j. wprowadzonego stężonego rozczynu łącznie z rozcieńczającą wydzieliną jelitową jest dostateczna, by po przedostaniu się do jelita grubego wywołać jego ruchy opróżniające. Innemi słowy *H. Schade* i niektórzy inni badacze sprowadzają sprawę rozbieżnego działania stężonych i rozcieńczonych rozczynów soli czyszczących przeważnie do zagadnienia różnic osmotycznych pomiędzy zawartością jelita, a krwią.

Innego zdania jest *Bechhold*. Opierając się na spostrzeżeniach innych badaczów, że rozczyny hipertoniczne zostają tak długo zatrzymane w żołądku, aż ich stężenie nie osiągnie poziomu izotonicznego (*Modrakowski* i in.), *Bechold, Quagliariello* i in. wygłaszają pogląd, że wprowadzone stężone rozczyny soli czyszczących pozostają dopóty w żołądku, dopóki wydzielony pod ich wpływem sok żołądkowy nie rozcieńczy ich do takiego stopnia, że ich ciśnienie osmotyczne spadnie do poziomu izotonicznego. Dopiero wówczas one zostają usunięte do dwunastnicy. W jelicie zaś rozczyny soli czyszczących mają działać głównie dzięki swoistemu pobudzeniu ruchów robaczkowych. Jednakże i *Bechhold* uznaje, że stężone rozczyny soli czyszczących wywołują wzmożone wydzielanie jelitowe, przyczym powołuje się na znane dawniejsze doświadczenia *Haya*. *Hay* zdołał, mianowicie, wykazać, że pod wpływem doustnie wprowadzonych, stężonych rozczynów soli czyszczących następuje powiększenie się liczby krwinek czerwonych w jednym milimetrze sześciennym krwi obwodowej, czyli że krew ulega zagęszczeniu, rzecz jasna, wskutek odpływu wody do wewnątrz przewodu pokarmowego. Jeżeli doświadczalne zwierzęta, odżywiano przez 1—2 dni wyłącznie suchem pożywieniem, nie podając im wody, to nawet 20 gr. stężonego rozczynu Na_4SO_4 nie wywoływały wcale wypróżnienia, podczas, gdy po 5%-owym rozczynie tej samej ilości Na_2SO_4 następowało obfite wypróżnienie po 1—2 godzinach. Nie ulega więc wątpliwości, że działanie stężonych roztworów soli jest zależne od ilości wody, dostającej się do światła przewodu pokarmowego pod ich wpływem, przyczym wielką rolę gra stopień nawodnienia tkanek ustroju i koloidów krwi.

Powyżej wspomniałem już o poglądach Mc *Colluma* i *Barcrofta*, według których sole czyszczące mają wywierać swoiste pobudzające działanie na ruchowe i wydzielnicze elementy nerwowe, usadowione w ścianie jelita. Poglądy te napotkały na sprzeciw ze strony *Frankla* oraz *Auera*. Natomiast *Chiari* i jego współpracownicy oraz *Wallace* i *Cushny* są zdania, że wszystkie sole czyszczące a także kwas rycynolowy, zawarty w oleju rycynowym, mannit i niektóre inne nieelektrolity, stosowane jako środki czyszczące strącają wapń z jego rozpuszczalnych połączeń obecnych w ścianie jelita, przez co powodują wzmożenie się jej pobudliwości wobec wszystkich bodźców ruchowych i wydzielniczych.

Wobec tego, że większość zagadnień, poruszonych w tym rozdziale została już rozpatrzona z punktu widzenia chemji fizycznej w nowszych podręcznikach farmakologji (zwłaszcza w znanym podręczniku *Mayera i Gottlieba*) ograniczyłem się do pobieżnego ich przeglądu, jakkolwiek, sprawa działania wód mineralnych i soli czyszczących jest jednym ciągłym jaskrawym

dowodem olbrzymiego znaczenia czynników fizyczno-chemicznych w celowem zwalczaniu stanów chorobowych narządów trawienia.

Zresztą, nie tylko w solach czyszczących, lecz także w całym szeregu innych środków czyszczących możemy już teraz z łatwością wykazać fizyczno-chemiczne czynniki działania. Tak np. często stosowana regulina (agar-agar), emollina i t. p. działają głównie, jako wielce hidrofilowe żele kolloidowe, które w treści jelitowej pęcznieją do objętości wielokrotnie przewyższającej ich objętość pierwotną i dzięki temu utrudniają wchłanianie rozpuszczalnika przez ścianę jelita. W wyniku tego ich działania do okrężnicy dostaje się znaczna ilość półpłynnej treści, która wywołuje wzmożone ruchy robaczkowe i wypróżnienie.

Tak zwane środki drażniące (drastica), zwłaszcza olej krotonowy, odznaczają się silnym działaniem bezpośrednim na budowę koloidową samego nabłonka i na zakończenia nerwowe śluzówki jelita, wywołując wybitne wzmożenie się czynności wydzielniczej i ruchów robaczkowych jelita. Nader liczne środki lecznicze do przeczyszczania, a szczególnie galenowe i syntetyczne przetwory antrachinonowe, zdają się działać swoiście pobudzająco na elementy ruchowe ściany grubego jelita. Rola czynników fizyczno-chemicznych w tym ich swoistym działaniu nie jest narazie wyświetlona.

II.

Powyżej była już mowa o tem, że jony wapniowe wywierają odpęczniające działanie na koloidy komórek i substancji międzykomórkowej. Mutatis mutandis odnosi się to również do innych kat-i anjonów dwuwartościowych (Ba, Sr, SO_4 i t. d.) do jonów metali ciężkich (Ag, Pb, Zn, Cu i t. d.) oraz do cząstek ich nierozszczepionych soli i wreszcie do wszystkich jonów trój-i wielowartościowych (Al, Fe, Bi i t. d.) wszystkie te ciała są już od wieków stosowane jako t. zw. środki ściągające czyli adstringentia. W tym samym celu stosuje się też pewne nieelektrolity, przedewszystkiem galenowe i syntetyczne przetwory garbnika (acidum tannicum) i jego pochodnych (tannalbina, tannigen, tannokol, tannoform i t. d.)

Działanie rozcieńczonych roztworów wymienionych elektrolitów i nieelektrolitów tłumaczono do niedawna w sposób następujący: Wszystkie one mają własność strącania białka, wskutek powstawania ich związków z tymże, nierozpuszczalnych w wodzie (albuminaty srebra, cynku, ołowiu lub tannaty białka i t. p.). Po zetknięciu się z zewnętrzną warstwą nabłonka śluzówki jelitowej one mają powodować strącenie pierwoszcza tychże. Strącona zewnętrzna warstwa komórek nabłonka śluzówki staje się bardziej sztywna i odporna na mechaniczne, cieplne, chemiczne i t. p. bodźce. Przy właściwem działaniu „ściągającem" strącona warstwa miała być bardzo cienka zaś do przeważających objętościowo wewnętrznych warstw komórek działanie adstryngencji miało wcale nie dosięgać, gdyż zewnętrzna strącona warstwa zamykała im dalszą drogę (*Tappeiner, Meier* i *Gottlieb*). Jeżeli, natomiast stężenie środka ściągającego było zbyt wielkie, to ulegały strąceniu także wewnętrzne warstwy komórek, które z tego powodu ginęły.

Nowsze poglądy fizyczno-chemiczne przedstawiają sprawę działania t. zw. środków ściągających w świetle odmiennem. Jako pierwszy *H. Schade* wygłosił pogląd, że nim stosowany środek ściągający dochodzi do tych odcinków jelita, na które ma zadziałać, ulega on tak znacznemu rozcieńczeniu przez treść żołądkową i jelitową, że jego stężenie w miejscu zadziałania nie wystarcza już do strącenia najbardziej nawet powierzchownych warstw komórek nabłonka śluzówki. Jednakże środki odnośne niekiedy wywierają wyraźne działanie lecznicze i w tym słabym stężeniu. To zjawisko należy tłumaczyć według *Schade'go* działaniem wszystkich środków ściągających w kierunku odwadniania (odpęczniania) i zmniejszenia stopnia rozproszenia wszelkich koloidów. Rzeczywiście, jeżeli przyjąć pod uwagę wyżej wspomniane doświadczenia *J. Loeba, Lillie'go, Osterhouta, Hoebera, W. Ostwalda* i inn.) nad znaczeniem odpowiedniego ilościowego ustosunkowania się jonów uwadniających i odwadniających w środowisku komórki, to łatwo można zrozumieć działanie najsłabszych stężeń t. zw. środków ściągających. Wymienione doświadczenia dowiodły mianowicie, że, jeżeli środowisko komórek zawiera wyłącznie jony, zwiększające stopień nawodnienia pierwoszcza, (np. same jony Na), to komórki stosunkowo szybko giną. Wystarczy jednak do-

dać minimalną, bodaj ilość soli metali ciężkich, samych przez się jadowitych, by komórki utrzymać przy życiu. Przytym należy podkreślić, że jeżeli stężenie dodanych soli metali ciężkich przekraczało pewną granicę, to ich szkodliwe działanie przejawiało się w całej pełni i komórki ginęły bezpowrotnie. Jest rzeczą jasną, że odpęczniające działanie odnośnych jonów metali lub ich nierozszczepionych cząsteczek, skutecznie przeciwdziałało nadmiernemu nawodnieniu pierwoszcza komórek, wywołanemu przez jony Na. Z tych doświadczeń wynika, że same przez się jadowite (i strącające pierwoszcze) sole metali ciężkich mogą przyczynić się do utrzymania życia komórek, jeżeli istnieją dwa zasadnicze warunki, a mianowicie: 1) jeżeli pierwoszcze komórek uległo poprzednio zbyt silnemu nawodnieniu (rozluźnieniu) i 2) jeżeli stężenie odnośnych soli metali ciężkich (lub innych środków ściągających) nie jest zbyt wielkie. Jak twierdzi *R. Hoeber*: „...skuteczne jest tylko minimalne stężenie (ślady soli metali ciężkich ale godne uwagi jest to, że już ich ślady są skuteczne"*).

Opierając się na tych doświadczalnych danych, *H. Schade* tłumaczy działanie t. zw. środków ściągających ich właściwościami odpęczniającemi („antionkische Wirkung") i przedstawia mechanizm tego działania w sposób następujący: W stanach nieżytowych i zapalnych śluzówki koloidy wszystkich jej składników morfotycznych, a więc komórek nabłonka, substancji międzykomórkowej, ścian naczyń i t. d., są nadmiernie nawodnione i rozproszone, i cała śluzówka jest wskutek tego nadmiernie rozpulchniona (rozluźniona). Wystarcza, jednak, że w treści jelitowej znajdą się w minimalnym stężeniu wymienione powyżej sole metali ciężkich lub inne jony wielowartościowe czy też garbnik i t. p., by pod wpływem ich odwadniającego działania nadmiernie nawodnione i rozproszone cząsteczki koloidowe śluzówki wróciły do prawidłowego stopnia nawodnienia i rozproszenia. W następstwie tego działania odpęczniającego nabłonek śluzówki jelita staje się mniej przepuszczalnym i bardziej odpornym na działanie szkodliwych czynników drobnoustrojowych, chemicznych i t. d. Ustaje też nadmierne wydzielanie jelitowe. W myśl poglądów *H. Schade'go* środki ściągające nie powodują więc śmierci najpowierzchowniejszych nawet warstw pierwoszcza nabłonka śluzówki zapalnej lecz przeciwnie, dzięki ich odpęczniającemu działaniu nabłonek śluzówki powraca ze stanu chorobowego, spowodowanego przez nadmierne nawodnienie i rozluźnienie jego koloidów, do stanu fizjologicznego. Z poprzednich wywodów wynika także, że, chcąc osiągnąć pożądany stopień odpęczniającego działania jakiegokolwiekbądź środka ściągającego, należy unikać zbyt dużego jego stężenia, gdyż w przeciwnym razie będzie miało miejsce rzeczywiste strącanie pierwoszcza.

W świetle tych poglądów jeszcze jaskrawiej niż dotychczas występuje konieczność stosowania takich przetworów garbnika, które odszczepiają czynny kwas garbnikowy dopiero w miarę posuwania się ich wzdłuż jelita (np. tanalbina, tannigen i t. d.) a nie pod postacią taniny. Jasne jest bowiem, że tanina, która rozpuszcza się już w żołądku, działa na jego śluzówkę pod postacią stosunkowo stężonego roztworu, przez co osiąga się nie pożądany wpływ odpęczniający na śluzówkę chorych odcinków jelita, lecz rzeczywiste szkodliwe strącenie powierzchownych warstw nabłonka śluzówki żołądka. Zresztą nawet w chorym odcinku jelita nie jest pożądane zbyt duże stężenie taniny (powyżej o 25%), stwierdzono, bowiem, że ono powoduje wtedy istotne strącenie zewnętrznych warstw pierwoszcza, któremu jednak towarzyszy wzmożenie się jego przepuszczalności, a nie zmniejszenie się tejże, jak przypuszczano dawniej (*Handowski, Masaki, Heubner* i inn.). Zamiast osiągnąć pewne zagęszczenie zbyt rozluźnionej, rozpulchnionej śluzówki, osiągnęlibyśmy zatym wynik wręcz przeciwny.

Przy stosowaniu przetworów bizmutu (bismuthum carbonicum, subnitricum, subgallicum, subsalicylicum i t. d) osiąga się niekiedy pożądane działanie odpęczniające dzięki temu, że są one bardzo słabo rozpuszczalne w wodzie, tak, że na dłuższych odcinkach jelita może zaistnieć acz małe, to jednak właśnie wystarczające stężenie ich roztworu.

Nie bacząc na powyższe wywody, przyznać muszę, że osobiście nigdy nie stosuję doustnie środków ściągających w sprawach chorobowych jelita, ponieważ, jest rzeczą

*) Według R. Hoeblera „Die physikalische Chemie d. Zelle u. Gewebe", l. c.

zbyt trudną ustalić tak ściśle wielkość dawki środka ściągającego, by stężenie jego roztworu w chorym odcinku przewodu, na który ma zadziałać, było ani za duże ani za małe. Nie ulega też wątpliwości, że stosując środki ściągające nawet z zachowaniem wszelkich ostrożności, narażamy chorego na to, że w jednych odcinkach jelita stężenie tychże środków będzie nadmierne, przez co wywołamy rzeczywiste strącenie pierwoszcza nabłonka z następowym upośledzeniem wydzielania i wchłaniania jelitowego, zaś w innych odcinkach, a, być może, właśnie w tych, na śluzówkę których zamierzamy zadziałać odpęczniająco, stężenie środków ściągających będzie albo tak wielkie, że wywoła wzmożenie przepuszczalności śluzówki i zwiększoną jej podatność dla wszelkich szkodliwych bodźców (p. w.) albo też tak małe, że wogóle nie wywrze żadnego dostrzegalnego działania. Pozatym należy przyjąć pod uwagę, że środki ściągające działają ściągająco lub skłaczająco nietylko na koloidy śluzówki przewodu lecz także na koloidy pokarmowe, przez co utrudniają ich zaczynowe rozszczepianie i następowe wessanie. Stosując te środki przez dłuższy czas, np. w przypadkach przewlekłego nieżytu jelita, utrudniamy przebieg trawienia i w ostatecznym wyniku możemy pogorszyć stan chorego.

Inaczej rzecz przedstawia się przy stosowaniu środków ściągających w odcinkach przewodu pokarmowego, które są łatwo dostępne i na które można zadziałać roztworami o ściśle określonym i dowolnie obranym stężeniu (jama ustna; gardziel, żołądek, prostnica i wogóle dolny odcinek okrężnicy). Działając środkami ściągającemi na te odcinki przewodu pokarmowego, możemy wywrzeć przy pomocy celowo obranego stężenia roztworu, zależnie od stwierdzonego stanu chorobowego, bądź słabe działanie odpęczniające bądź też silne działanie ściągające w znaczeniu starego pojęcia adstringens. W tych przypadkach stosowanie środków ściągających daje też często bardzo pożądane wyniki, że wymienię tylko dobre skutki płukania żołądka celowo dobranemi rozczynami środków ściągających we wielu przewlekłych sprawach nieżytowych i we wrzodzie trawiennym oraz dobre wyniki osiągane przy przemywaniach jelita grubego w niektórych stanach zapalnych, nieżytowych i wrzodziejących jego odsiebnego odcinka. Pragnę jednak podkreślić, że i w tych stanach chorobowych przewodu pokarmowego unikam sztucznych przetworów garbnika z ich nieobliczalnemi następstwami, lecz stosuję głównie rozcieńczone śluzowe odwary nasienia lnianego, rumianku, odpowiednich jagód oraz zawiesiny węglanu bizmutu, wapna i t. p.

Powyżej wymieniłem pomiędzy środkami ściągającemi także wapń. Uczyniłem to celowo, gdyż działanie wapnia ma wiele wspólnego z działaniem właściwych środków ściągających, jakkolwiek on nie jest zazwyczaj uważany za „adstringens" w ścisłem znaczeniu tego wyrazu. Wapń różni się już tym od większości właściwych środków ściągających, że w przeciwieństwie do nich, jest stałym składnikiem fizjologicznym wszystkich soków i tkanek ustroju zwierzęcego i to jednym z najważniejszych, niezbędnych katjonów. Znaczenie katjonów wapniowych dla prawidłowego stanu koloidów pierwoszcza i dla prawidłowego przebiegu niezmierzonej ilości zjawisk życiowych jest tak wielkie, że dotychczas jeszcze nie jesteśmy w stanie ogarnąć je całkowicie. Liczba prac doświadczalnych, klinicznych i t. d., poświęconych badaniu działaniu wapnia in vitro oraz in vivo na białko wogóle i na tkankę żywą w szczególności, wynosi, o ile można ją jako tako określić, do paru tysięcy. A przecież jesteśmy jeszcze dalecy od poznania rzeczywistej roli katjonów wapniowych w ich antagonizmie do jednowartościowych jonów sodowych i potasowych z jednej strony i do dwuwartościowego katjonu magnowego z drugiej. Jest rzeczą niemożliwą, przytoczyć tutaj całokształt nowoczesnych poglądów na tę sprawę. Podaję też tylko kilka poszczególnych spostrzeżeń w tej dziedzinie, w części mającej pewną styczność z leczniczem działaniem wapnia w cierpieniach przewodu pokarmowego.

Wogóle należy zaznaczyć, że leczenie wapniowe jest obecnie modne i że, jak to nierzadko spostrzega się w medycynie, stosuje się je narazie, zbyt larga manu i bez dostatecznego wniknięcia w sposób działania wapnia. Teorja *Chiari'ego i Januschke*, że sole wapniowe przeciwdziałają stanom zapalnym, ponieważ one wywołują odpęcznienie i zagęszczenie koloidów śródbłonka i substancji międzykomórkowej małych naczyń krwionośnych i chłonnych, czyniąc

e w ten sposób mniej przepuszczalnemi dla osocza i krwinek, ma jeszcze i teraz szereg zwolenników. Zwłaszcza spostrzeżenia *Pauli'ego, Handowskiego, Herbsta* i wielu innych potwierdzają ją pod wielu względami. Zarzuty, czynione tej teorji przez *Usenera* i poczęści przez *Starkensteina,* nie zdołały obalić głównych podstaw poglądów wymienionych. Nie ulega wątpliwości, że katjony wapniowe, jak zresztą i inne katjony dwuwartościowe przenikają nieco wgłąb nabłonka (*Heubner*) i innych warstw ściany jelita i powodują zahamowanie czynności wydzielniczej śluzówki i ruchów robaczkowych. Zwłaszcza piękne mikrurgiczne doświadczenia *Chambersa i Reznikowa* wykazały naocznie zesztywnienie zarówno zewnętrznych jako też wewnętrznych warstw pierwoszcza komórki żywej pod wpływem soli wapnia i magnu. W porównaniu z innemi dwuwartościowemi katjonami (Mg'',Sr'',Ba'' itd.) i wapń odznacza się pod niektóremi względami niewątpliwie swoistem działaniem. *Hamburger* zdołał, naprzykład, wykazać, że pośród nich wszystkich jedynie wapń wzmaga fagocytozę krwinek białych. Pod tym względem nie można zastąpić wapnia nawet najbardziej doń zbliżonym strontem.

R. Hoeber przytacza szereg przykładów które dowodzą, że w niektórych przypadkach magn, stront, bar mogą zastąpić wapń a w innych nie, i tłumaczy to w sposób następujący: brak wapnia lub nadmiar potasu w środowisku tkankowym wywołuje, po pierwsze, ogólne rozluźnienie koloidów komórkowych, które można usunąć przez (wielce) różne wielowartościowe katjony, a po drugie, nadmierne nawodnienie i rozluźnienie w pewnych, ściśle określonych odcinkach, mianowicie tam, gdzie stykają się dwa rozmaite składniki morfotyczne tkanki, np. nerw i mięsień i t. p. Na tych odcinkach jedynie wapń i w znacznie mniejszym stopniu inne najbardziej doń zbliżone alkalja ziemne są w stanie przywrócić prawidłowy stan koloidowy (eukoloidowość).

Przenikaniem jonów wapniowych w głąb komórki kierują m. inn. chemiczne powinowactwa poszczególnych składników białkowych pierwoszcza. Według *Brehmego i Gyorgyi'a* ich powinowactwo do wapnia jest tym większe, im mniejszemu pH odpowiada ich punkt izoelektryczny, (t. j. im silniejsze są ich własności kwaśne). Najsilniejszem powinowactwem do wapnia odznaczają się też kwasy nukleinowe, poczym następują w kolejnym porządku albuminy, globuliny, włóknik i, wreszcie, najmniej kwaśna hemoglobina. Jądra komórek odznaczają się dużem powinowactwem do wapnia, co jest zrozumiałe wobec ich znacznej zawartości związków nukleinowych. (Nukleoprotein).

Stopień działania soli wapniowych na pierwoszcze zależy pozatym 1) od odczynu (pH) środowiska, mianowicie, on wzmaga się w pewnych granicach w miarę wzrastania stężenia jonów wodorowych (m. inn. *R. Loeb*), 2) od sił kierujących *Mc Donnanowską* równowagą błonową i 3) od anjonów, wchodzących w skład odnośnych soli wapniowych, mianowicie, jak wiadomo oddawna, chlorek wapnia działa o wiele silniej, niż jego wtórny fosforan, dwuwęglan, octan, mleczan, azotan i t. d. Te ostatnie zjawisko nie jest wyłącznie skutkiem odmiennego stopnia elektro- i hidrolitycznego rozszczepienia wymienionych soli, czyli odmiennego stężenia jonów wapniowych w ich roztworach, lecz jest, jak to wykazali *Freudenberg* i jego współpracownicy, *Starkenstein* i inni, rzeczywiście, bezpośredniem następstwem różnego działania wymienionych anjonów chlorowych, mlekowych, octowych i t. d.

Nadmierne stężenie soli wapniowych powoduje uszkodzenie pierwoszcza, bardziej trwałe, niż trujące działanie potasu, o czym należy pamiętać, zwłaszcza, przy dożylnych wstrzykiwaniach wapnia, zalecanych niekiedy w przypadkach krwawień, uporczywych rozwolnień i t. d. (*Neumann*).

O ogromnej doniosłości badań *F. Krausa i Zondeka, Wollheima, Dresla, Glasera* i bardzo wielu innych nad wzajemną zależnością pomiędzy działaniem jonów wapniowych i potasowych z jednej strony a współczulnego i przywspółczulnego odłamu układu wegetatywnego z drugiej, była już kilkakrotnie mowa powyżej, wobec czego do tych zagadnień nie powracam. Oględne stosowanie soli wapniowych w leczeniu różnych stanów chorobowych przewodu pokarmowego daje często doskonałe wyniki. Zwłaszcza w przypadkach nadkwaśnych nieżytów żołądka, połączonych z rozwolnieniem na tle nieżytu różnych odcinków jelita, doustne stosowanie węglanu wapnia albo też płukanie żołądka słabemi rozczynami wodzianu wapnia

$(Ca(OH)_2$ jest nader wskazane. Nie mniej pożyteczne są nieraz w nieżytach jelita grubego, zwłaszcza jego dolnych odcinków przemywania grubego jelita rozcieńczoną zawiesiną wapna (calcaria carbonica lub woda wapienna. We wszystkich tych przypadkach wapno działa nietylko dzięki swojemu bezpośrednio odpęczniającemu wpływowi na koloidy rozpulchnionej nieżytowo zmienionej ściany wymienionych odcinków przewodu, lecz ono rozpuszcza także nadmierne ilości śluzu pokrywającego śluzówkę tychże odcinków.

W leczniczem działaniu wapnia w przypadkach ciężkich stanów zapalnych nieżytowych pewną rolę gra również wzmożone powinowactwo zapalnej tkanki do wapnia spowodowane przez bardziej kwaśny odczyn tejże w porównaniu z tkanką fizjologiczną (p. w.).

Doświadczenie empiryczne oddawna wykryło dodatnie działanie połączeń wapniowych. Niezmiernie liczne dociekania teoretyczne nad mechanizmem tego działania mają jednakże wielkie znaczenie, gdyż dzięki nim coraz ściślej i dokładniej zarysowują się ramy celowego leczniczego stosowania wapnia i innych alkalji ziemnych.

Źródła piśmiennicze.

Baumecker W.: „Experimentelle Beitraege z. Antagonismus d. Mg. u. Ca-Ionen", Bioch. Zft. 142, 1923.
Becbold, H.: „D. Kolloide in Biologie u. Medizin", wyd. III, 1928, str. 416.
Blumenfeldt, E.: „Ueb. d. Einfluss v. K-u. Ca Salzen a. d. Erregbarkeit d. Froschnerven", Bioch. Zf.t 156, 236. 1926.
Brehme T. i *Gyoergyi P.*: „Ueb. Kalkbindung durch tierische Gewebe. XI.", ibidem, 157, 243, 1925.
Chambers K. i *Reznikow F.*: „Badania mikrurgiczne nad fizjologią komórki" (ang.), J. Gen. Physiol. 8, 369, 1926, wg. Koll Zft. 42, 2, 1927.
Chiari i *Jannschke*. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm 65, 120, 1912.
Deseo D.: „Quellungsuntersuchungen am Duenndarm", Bioch. Zft. 146, 328, 1924.
Dresel K.: Klinische Wochenschrift, 3, 311, 1924.
Eisler, Zentralblatt f. Bakteriologie, 51, 546, 1900.
Freudenberg E. i *Gyoergyi P.*, szereg prac nad wiązaniem wapnia przez tkanki w Biochemische Zeitschrift. 1920—1922.
Glaser F.: Med. Kl. 20, 1237, 1924.
Guentber F. i *Heubner W.*: „Ca-Wirkung u. Ca-Ionen", Kl. Wft. 3. 1924.
Hamburger H. J., wg. R. Hoebera, l. c. (p. n.).
Handowski i *Masaki*, Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. 99, 123, 1923 i 100, 217, 1923.

[4]) p. str.

Handowski H, wg. H. Bechholda. l. c. str. 88 i 166.
Herbst C., ibidem, str. 413.
Heubner W.: „Ueb. eine Wirkung fein disperser anorganischer Substanzen", Kl. Wft. 2, 1603, 1923.
Tenże i *Rona P.*: „Ueb. d. Kalkgehalt d. Organe ,b kalkbehandelten Katzen", Bioch. Zft. 135, 248, 1923.
Heubner W.: „Eiweissfaellung u. Gewebsdichtung", Kl. Wft. 3, 824, 1924.
Hoeber R.: „Physikalische Chemie d. Zelle u. Gewebe", Lipsk, 1911.
Tenże: „Z. Analyse d. Calciumwirkung", Pflueg. Arch. f. d. ges. Physiol. 182, 104, 1920.
Holler G. i *Singer F.*: „Z. Frage d. Ablenkung d. Pharmaka durch erkrankte Gewebskomplexe", Bioch. Zft. 139, 199, 1923.
Krauss F. i *Zondek S. G.*: „D. Stellung d. Elektrolyte im Organismus. Kl, Wft. 3, 1924.
Lillie S. R.: Amer. Journ. of Physiol. 10, 419, 1904 i 24, 459, 1909.
Loeb J., wg. H. Schade, l. c. (p. n.), str. 270.
Loeb R. F.: „Ueb. d. Diffusionsvermoegen d. Ca. d. Blutserums durch Kollodiummembranen" wg. Koll. Zft. 35.3, 1924.
Loewy A. i *Wolffenstein R.*: „Ueb. d. adstringierende Wirkung d. Alluminiumsalzen insbesondere d. ameisensauren Tonerde", Bioch. Zft. 78, 97, 1916.
Mayer H. H. i *Gottlieb R.*: „D. experimentelle Pharmakologie", wyd. V. 232—236, 1921,
Neumann W.: Intravenoese Einspritzungen v. Calcium chloratum in d. Behandlung d. Blutungen u. Durchfaelle", M. m. Wft. 57, 1290, 1920.
Osterhorst W. J. W., Journ. of Biologic. Chemistry, 1. 363, 1905.
Ostwald Wo., Koll. Zft. 8,864, 294, 1908.
Pauly Wo, wg. H. Bechholda, l. c., str. 80 i 166.
Schade H.: „D. physikalische Chemie in d. inneren Medizin", str. 269, 273, 1921.
Schmidt P.: „D. gewerbliche Bleivergiftung", Chem. Ind. 47, 515, 1924.
Schubbauer F.: „D. physiologische Wirkung d. Kieselsaeure", Bioch. Zft. 108, 304 1920
Spiro K.: „Ueb. K- u. Ca-Wirkung", Schweiz. med. Wft. 20, 1921.
Starkenstein E.: „Z. Pharmakologie d, Calcium", Chem. Zeit. 44, 760, 1920.
Tenże: „D. physiologischen u. pharmakologischen Grundlagen d. Ca-Therapie", Therapeut. Halbmonatshefte 553, 585, 1921.
Tappeiner R.: „Arzneimittellehre", Lipsk, 1912, str. 84—101.
Usener W.: „Ueb. d. biologischen, diaethetischen u. pharmakologischen Wirkungen d, Calciums", Berl. kl. Wft. 48, 1920.
Wollbeim E., Bioch. Zft. 151, 416, 1924.
Auer: Am. J. of Physiol. 17, 1906, Journ. biol. Chemistry 4, 1908.
Barcroft J.: Pflueg. Arch. f. d. ges. Phys. 122, 616, 1908.
Baudisch i Welo: „Chemische u. physikalische Studien zum Mineral insbesonder, zum Eisenstoffwechsel". D. Naturwissenschaften 36, 1925.
Bechbold H.: „D. Kolloide in Biologie u. Medizin" III, Drezno i Lipsk, 1920. str. 408 — 419, 443 — 450.
Bickel A.: „Ueber d. Verschiedenheit in d. Stof wechselwirkung d. frischen u gealterten Stahlquelle v. Bad Elster", Mo Kl. 3, 1927.
Brooks M. M.: „Przenikanie katjonów do komórek żywych" (angl.) J. Gen. Phys 4, 347, 1922 wg K. Z. 30, 1, 1922.
Chiari: „Abfuehrmittel u. Kalkgehalt d. Darmes", Arc f. exp. Pathol. u Pharm. 53, 1910.
Tenze i Froehlich, ibidem, 64, 1911.

Mc Collum: „On the mechanism of the physiological action of cathartics", 1906, univ. of California Publications, wg H. Bechholda, l. c. str. 447.
Finkelstein, wg H. Schade, l. c. (p. n.) str. 269.
Frankl i Auer: Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. 57, 1907.
Fresenius i Harpuder: „Wirkung d. Mineralquellen", Kl. Wft. 49, 1926.
Glenard, wg St. Kramsztyka, l. c. (p. n.).
Hamburger H. J.: „D. Zwaardemaker'sche biologische Radioaktivitaet", Biochem. Zft. 139, 509, 1913.
Tenże: „Eine neue Form v. Zusammenwirkung zwischen Organen", wg Koll. Zft. 34,4 1923.
Harpuder i Salzmaan: Salzwirkung und Salzstoffwechsel u. Wirkung d. Mineralquellen", Kl. Wft. 11, 1927.
Hay M.: Journ. of Anatomy a. Physiology" 16-17, 1884.
Hoeber R.: „Physikalische Chemie d. Zelle u. d. Gewebe", Lipsk 1911.
Hofmeister F.: „Szereg prac, dotyczących działania różnych jonów na sole i żele koloidowe, m. inn. w Arch. f. exp. Pathol. u Pharm, 1890-1891.
Kmietowicz F. jr.: „Fizjologja wydzielania żółci. Dynamiczne właściwości wody alkalicznej właściwej ze zdroju Zubera w Krynicy i soli gorzkiej z Morszyna". Polska Gaz. Lek. 18, 19, 23, 1926.
Korczyński L.: „O rodzimych i nierodzimych wodach leczniczych", ibidem 20, 1927.
Kramsztyk St.: „O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnym", Warsz. Czas. Lek. 14-16, 1928.
Lillie F. R.: Amer. Journ. of Physiol. 10, 419, 1904 oraz 24, 459, 1909.
Lipman Ch. B.: Zentralblatt t. Bakteriologie, Abt. II, 36, 382-394, 1913.
Loeb J.: „NaCl i dyfuzja wybiorcza w żywych tkankach" (ang.) Journ. Gen. Physiol. 5, 231, 1922, wg Koll. Zft. 33, 2, 1923.
Tenże, szereg odnośnych prac, ibidem. lata 1901-1922.
Mayer H. H. i Gottlieb R.: „D. experimentelle Pharmakologie", Berlin-Wieden, 1921, V wyd. str. 217, 225, 438, 448 i inn,
Meyerhoffer E. i Pribram E.: Biochem. Zft. 24, 453, 1910.
Meyerhoffer E. i Stein E., ibidem, 27, 576, 1910.
Mitchell P. H., Wilson J. B. i Stanton R. E.: „Wybiorcza adsorpcja potasu przez żywe komórki" (ang.) Journ. of Gen. Physiol. 4, 141, 1921.
Modrakowski G., wg Mohr-Staehelina: „Handbuch inneren Medizin", III, 1, 1918.
Nadson G. A.: „Ueber d. Primaerwirkung d. Radiumstrahlen a. d. lebendige Substanz", Bioch. Zft. 165, 381, 1925.
Orłowski W.: „O leczeniu kamicy żółciowej essentukskiemi wodami mineralnemi w Essentukach" (ross.), Russki Wracz, 1914.
Osterhout W. J. V.; Journ. of biolog. Chem. 1,363.1905.
Ostwald W. O, Koll. Zft. 2,264, 295, 1908.
Packard Ch.: „Wrażliwość komórek na naświetlanie radem" (ang.), Proc. soc. exp. Biol. 292, 26, 1903.
Ouagliriello G. , Bioch. Zft. 2. 7, 516. 1910.
Rona i *Kleinmann:* „Nephelometrische Untersuchungen ueb. Eiweissspaltung. II Mitt. D. Einfluss v. Ionen a. d. peptische Verdauung", ibidem, 150, 5/6, 1914.
Schade H.: „D. physikalische Chemie in d. inneren Medizin", 76, 105, 196, 295, 1921.
Schaede R.: „Ueb. d. Struktur d. Ruhekerns", Ber. d. deutsch. bot. Gesellscheft, 44, 2?9, 1926.
Straub H.: „Einfluss d. Salze a. d. Zustand d. Kolloide im Koerper", M. m. Wft. 71, 693, 1924.
Wallace G. B. i *Cushny A. R.,* Amer. Journ. of Physiol. 1,411, 1799 i Pflueg. Arch. f. d. ges. Physiol. 77,202 i 399.
Warburg O.: Szereg prac w Biochemische Zeitschrift, 119. 136, 145, latn 1921—1823.
Wasicky R.: „Moderne Magen- u. Darmarzneimittel u. Spezialitaeten", W. med. Wft. 18, 392.
Wastl H.: „Ueb- Ionenantagonismus", Bioch. Zft. 134, 130; 1922.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Wartość rozpoznawcza odczynu Bordat-Wassermanna. (Valeur diagnostic de la sèro-rèaction de Bordet- Wassermann). Gougerot. *Paris Médical Nr. 23, r. 1929.*

Na to, by odczyn Bordet-Wassermanna mógł spełnić swe zadanie, musi on być wykonany z całą dokładnością, przyczem należy zauważyć, że jest to odczyn do wykonania względnie trudny i nie można go się nauczyć w ciągu kilku tygodni, jeśli wyniki jego mają służyć za poważną podstawę rozpoznania.

Do dziś dnia niema jednej techniki, dostatecznie pewnej i dokładnej tak, że od czasu wojny autor zaleca stosowanie trzech technik, równocześnie wykonywanych, aby do minimum ograniczyć przyczyny błędów. 1. Klasyczna technika Wassermanna-Neissera i Brücka z surowicą ogrzaną i z trzema różnami antygenami. 2. Technika B.-W. Desmoulieresa z antygenem cholesterynowanym. 3. Technika B.-W. Hechta, t. j. z surowica świeżą z trzema różnymi antygenami i ulepszeniami, podanemi przez *Ronchése'a* lub przez *Levaditi'ego, Latapi'ego* lub *Multermilcha* z równoczesnem oznaczeniem wskaźnika hemolitycznego metoda Weinberga. Ulepszenia te, są niezbędne.

Metody kłaczkowania (flokulacji) są mniej czułe ewentualnie można je wykonywać według metody Kahna lub Sachsa Georgi'ego lub wreszcie Meinicke'go. W Ameryce technika Kahna jest najbardziej przyjęta. Należy wymagać, aby składniki użyte do odczynu a zwłaszcza dopełniacz (complement) były dokładnie miarowane i aby ten odczyn był równocześnie wykonany z surowicą krwi napewno kiłową i niekiłową, dla kontroli.

T ł u m a c z e n i e w y n i k ó w l a b o r a t o r y j n y c h.

1. Odczyn nie daje się wykonać. Jest to przypadek wyjątkowy, wywołany bądź to wskutek tego, że surowica jest w wysokim stopniu hemolityczna bądź też dla tego, że posiada ona właściwości przeciwhemolityczne lub antikomplementarne.

2. Odczyn dodatni, lecz istnieje możliwość błędu, Tego rodzaju odpowiedź daje pracownia w razie, gdy surowica daje domieszkę żółci lub gdy jest zmleczała. Autor sądzi, że tego rodzaju surowica nie uzasadnia jeszcze, w razie dodatniego wyniku, do powzięcia powyższych wątpliwości.

3. Odczyn ujemny. Odczyn ten nie pozwala jeszcze na odrzucenie możliwości zakażenia ani też nie stwierdza wyleczenia kiły. Ten ujemny wynik należy tłumaczyć tem, że albo chory nie jest zarażony kiłą albo też kiła znajduje się w okresie utajenia z powodu długiego czasu trwania zakażenia lub odpowiedniego leczenia a wreszcie, że chodzi tu o owrzodzenie pierwotne. Należy też wiedzieć, że istnieją paradoksy odczynu Wassermanna, który może być niekiedy ujemny w przebiegu czynnej kiły,

Odczyn Bordet-Wassermanna może ulec rozmaitym odchyleniom w stosunku do kiły. I tak: przed pojawieniem się wrzodu pierwotnego, o ile chory przebył leczenie zapobiegawcze, odczyn ten może być spóźniony ponad 9 miesięcy, aczkolwiek reaktywacja sposobem Miliana może go uczynić dodatnim nawet wcześniej. Dlatego to takich chorych należy dalej obserwować a po dłuższym przeciągu czasu, odczyn należy powtórzyć,

W okresie pierwotnym odsetek odczynów dodatnich waha się od 30 do 100%. Faktem jest, że ten odczyn staje się dodatni dopiero w 15-tym do 25-tym dniu istnienia wrzodu. Okres ten jest jeszcze późniejszy, jeśli chodzi o wrzód mieszany. Przed upływem tego czasu wynik odczynu Wassermanna jest bez znaczenia, podczas gdy później jest on dodatni w 100% przypadków nieleczonych. Nie należy wszakże zapominać, że odczyn Wa. bywa ujemny w kile o przebiegu złośliwym. Może być też opóźniony wskutek leczenia. O ile wrzód był leczony, odczyn Wa. może być stale ujemny lub też może się ukazać dopiero od 7 do 12 miesięcy po zakażeniu. Dlatego to odczyn Wa. ujemny stoi niżej, aniżeli badanie kliniczne w okresie wrzodu pierwotnego.

W okresie wtórnym odczyn u osobników nieleczonych jest w 100% dodatni, z wyjątkiem niewytłumaczonych przypadków oporności na arsen oraz w szczególnie złośliwym przebiegu kiły. W tych to przypadkach odczyn ujemny nie ma tego znaczenia co badanie kliniczne.

W okresie trzeciorzędnej kiły odczyn Wa. jest dodatni w 23,7% do 100%. Nie jest rzeczą wyjątkową, że odczyn Wa. jest stale ujemny, podczas gdy kiła nietylko istnieje, ale rozwija się w narządach wewnętrznych. Często bywa, że odczyn Wa. jest ujemny we krwi, a dodatni w płynie mózgowordzeniowym w przypadkach kiły układu nerwowego. Z powyższych uwag wynika, że bezwzględna wiara w odczyn Wa. może się stać przyczyną najpoważniejszych błędów.

W okresie utajenia kiły odsetek dodatnich odczynów Wa. waha się między 13 a 83%. Przerwanie leczenia przeciwkiłowego wywołuje często tutaj powstanie odczynu dodatniego po upływie paru miesięcy.

Wreszcie odczyn Wa. może się nagle stać dodatni w przebiegu bardzo energicznego leczenia przeciwkiłowego.

4. Odczyn dodatni. O ile odczyn Wa. jest dodatni należy chorego uważać za zakażonego kiłą, przy uwzględnieniu następujących wyjątków:

a) odczyn dodatni może być w następujących chorobach zakaźnych: zapalenie płuc, płonica, gorączka powrotna, ostry wilk i inne, a nawet znacznego stopnia pityryasis rosea. *Milian* i autor są zdania, że dodatni wynik Wa. zachowuje swą pełną wartość, jeżeli utrzymuje się po przebyciu chorób zakaźnych, gdyż wynik ten należy, tłumaczyć jako

uczynnienie kiły pod wpływem tychże chorób. Przejściowo może być odczyn dodatni podczas leczenia wścieklizny, po znieczuleniu ogólnem, po autohemoterapji, po wstrzyknięciu 914 osobnikowi niekiłowemu, wreszcie po wstrzyknięciu wody, płynu fizjologicznego, lub jakiegokolwiek środka do płynu mózgowo-rdzeniowego. Po pewnym czasie w tych przypadkach odczyn staje się znowu ujemny,

b) odczyn Wa. bywa często dodatni w przypadkach charłactwa, wywołanego gruźlicą lub rakiem. Szczegół ten jest ważny, aby nie uważać n. p. meningitis tbc. za sprawę kiłową, a zatem dostępną leczeniu.

c) odczyn Wa. bywa dodatni w chorobie zwanej pian, następnie w zimnicy, w tej ostatniej odczyn dodatni bywa w 19 do 35°/₀. Dlatego to u ludzi chorych na zimnicę odczyn należy powtórzyć w 6 tygodni po przeprowadzeniu leczenia chinowego i arsenowego.

d) odczyn dodatni bywa też przy zakażeniu trypanosomami oraz w trądzie,

e) znacznie rzadziej, ale także nieraz dodatni bywa odczyn Wa. przy zakażeniu fuso-spiryllami a wreszcie w łuszczycy (psoriaris), w sclerodermii w pellagra, w chorobie *Hodgkina*, w eklampsj i w żółtaczce.

5. Wynik niezupełny lub wątpliwy. W tym wypadku należy myśleć o długim czasie trwania zakażenia, o wpływie leczenia, o okresie pierwotnym, o przeciwciałach pokrewnych (n. p. trąd), wreszcie o niedostatecznej technice wykonywania odczynu, względnie o nienajlepszej jakości produktów użytych do odczynu.

Oznaczanie stopnia niezupełności stopnia odczynu według *Vernes'a* pozwala na lepsze wykorzystanie tej grupy wyników. Można też użyć metody reaktywacji podanej przez *Miliana*. W tym celu wstrzykuje się choremu 0,45 gr. preparatu 914, lub lepiej jeszcze wzrastające dawki tego środka co drugi dzień (0,15 gr, 0,30 gr. i 0,45 gr.), albo sulfarsenolu w ten sam sposób (0,12 gr., 0,30 gr. i 0,45 gr.). Krew pobiera się w piętnaście dni później. Autor poleca stosowanie powyższego sposobu.

Zbierając wyżej powiedziane, odczyn *Wassermanna* uważać należy za cenny środek pomocniczy dla rozpoznania, o ile jest on wykonany przez badacza wprawnego, w sposób niepodlegający zarzutom i wielokrotnie kontrolowany, oraz jeśli się zna dokładnie warunki, które mogą wpłynąć na wynik tego odczynu.

Uwagi o posologji acetylocholiny. (Remarques sur la posologie de l'acetylcholine). M. Villaret i L. Justin-Besancon. *Soc. Med. des Hôpit. Nr. 14, r. 1929.*

Autorowie podają swoje uwagi, dotyczące acetylocholiny na podstawie spostrzeżeń czynionych przez pięć ostatnich lat. Przez ten czas ukazał się cały szereg prac, dotyczących acetylocholiny, zarówno we Francji, jak i w innych krajach, które uzupełniają prace ogłoszone poprzednio przez autorów.

Autorowie podkreślają, że należy używać tylko zupełnie świeżych roztworów acetylocholiny. Wykazano bowiem, że z biegiem czasu acetylocholina w roztworze wodnym przechodzi w muskarynę i tem należy sobie tłumaczyć jedyny, ogłoszony przypadek śmierci, który nastąpił po wstrzyknięciu 5 ctgr. acetylocholiny. Należałoby żądać kontroli tegośrodka, podobnie jak istnieje kontrola arseno-benzenów. Badania przeprowadzone w Ameryce południowej, wykazały, że preparat acetylocholiny przechowywany w zamkniętych ampułkach nie ulega rozkładowi.

Przy dłuższem stosowaniu tego środka nie następuje przyzwyczajenie ustroju.

Podawać należy ten preparat tylko w formie wstrzyknięć podskórnych lub śródmięśniowych; przy stosowaniu dawek wyższych, bardziej właściwa jest ta ostatnia droga. Należy pilnie baczyć, by lek ten nie dostał się bezpośrednio do krwiobiegu. Trwanie leczenia musi być odpowiednio długie, a więc conajmniej parutygodniowe, jest to bowiem środek działający objawowo, a zatem wpływ acetylocholiny, rozszerzającej drobne tętniczki i ich odgałęzienia musi być dłuższy czas podtrzymywany, aby popraw astanu chorego była trwała. Dawki używane przez autorów dochodziły nieraz do 60 ctgr. w trzech wstrzyknięciach, powtarzanych co dziesięć dni.

Posologja według wskazań klinicznych.

1. Arteriitis. W tem schorzeniu należy stosować większe dawki, n. p. 20 ctgr. rano i wieczór podczas 20-tu do 30-tu dni. Następnie tą samą dawkę przez 12 do 18-tu dni na miesiąc. Wynik bywa często korzystny a jeśli nim nie jest, nie należy się dziwić tam, gdzie zamknięcie światła tętnicy ma miejsce wysoko lub tam, gdzie do thrombosis chronica dołączy się zakażenie. Acetylocholina usuwa skurcz tętniczek, lecz nie może przywrócić światła w tętnicach całkowicie zaczopowanych. Nadto autorowie podnoszą, że dane oscylometryczne są niedostateczne w stosunku do rokowania przy leczeniu zapomocą acetylocholiny. Wielokrotnie udawało się usunąć bóle i przywrócić krążenie krwi w paluchu mimo, że wskaźnik oscylometryczny był stale równy zeru.

2. Claudicatio intermittens. W chromaniu przestankowem stosujemy 20 ctgr. acetylocholiny rano i wieczór w ciągu pierwszych dni, po tygodniu stosujemy powyższą dawke raz dziennie a następnie dwa razy na tydzień. W tem schorzeniu wyniki stosowania acetylocholiny są wyjątkowo dobre.

3. Raynaud'a zespół. Stosujemy tu 10 do 20 ctgr. raz dziennie a następnie w serjach od 12-tu do 18-tu dni na miesiąc zwłaszcza w porze zimowej. Należy podnieść, że granica między pewnemi zapaleniami tętnic a zespołem *Raynauda* jest zatarta i nie trzeba zaprzestawać leczenia zapomocą acetylocholiny w przypadkach opornych na leczenie, zanim nie spróbowało się dawek 20-tu ctgr. dwa razy dziennie, podczas tygodnia. Znaczne poprawy dało się osiągnąć w przypadkach zespołu *Raynaud'a* z charakterystycznymi dużymi strupami oraz odmrożeniami, co można było spotykać ubiegłej zimy. W przypadkach lżejszych acetylocholinę należy uważać za najdzielniejszy środek w tem schorzeniu. Natomiast trzeba podkreślić, że przypadki akrocyanozy i erytrocyanozy (fjoletowe ręce, bez bólów i bez troficznych zaburzeń, z podwyższeniem ciśnienia żylnego, występujące u młodych dziewcząt) nie dają zupełnie poprawy pod wpływem acetylocholiny.

4. Rozmiękczenie mózgu pod wpływem leczenia acetylocholiną (20 ctgr. rano i wieczór przez piętnaście dni), rozpoczętego możliwie najwcześniej po insulcie daje często bardzo dobre rokowanie.

5. W oftalmologji dawka 20-tu ctgr. domięśniowo działa dłużej i skuteczniej, rozszerzając tętnicę siatkówki, niż amylum nitrosum. Ostatnio ogłoszono wyleczenie trzech przypadków amaurozy.

6. W przypadkach nadciśnienia tętniczego należy stosować 20 ctgr. acetylocholiny codziennie przez piętnaście dni. Leczenie to należy rozpocząć po odpowiedniem przygotowaniu chorego, który powinien leżeć w łóżku i być na właściwej djecie co najmniej ośm dni. Co się tyczy wyników autorowie podkreślają, że niewątpliwą poprawę widzieli w ustąpieniu zawrotów głowy, „martwych palców", migotek przed oczami i t. p.

7. W sklerodermji stosuje się 10 do 20 ctgr. co drugi dzień. W tem cierpieniu krążenie krwi w rękach poprawia sie, co przedstawia wielką ulgę dla chorego. Rzadko tylko i w małym stopniu ustępują zmiany chorobowe skóry.

8. Przeciwko potom u gruźliczych, oraz w innych przypadkach nadmiernego pocenia się, należy stosować słabe dawki (2 do 5 ctgr. acetylocholiny) przez cztery dni a potem trzeba powtarzać tę samę dawkę raz na trzy dni. Bardzo często się zdarza, że poty ustępują na długi czas.

9. Przeciwko kolkom ołowiowym rzadko wystarcza 10 ctgr. acetylocholiny, najczęściej, zwłaszcza w przypadkach ciężkich, należy zastrzykiwać 20 ctgr., które można powtórzyć po dziesięciu minutach a ewentualnie po raz trzeci po następnych dziesięciu minutach. Równocześnie z ustaniemi bólu obniża się też nadciśnienie tętnicze.

Inni autorowie spostrzegali korzystne wynikdziałania acetylocholiny w crises gastriques, w przećbiegu wiądu rdzenia.

Autorowie podkreślają, że powyższe uwagi oparte na doświadczeniu kilku tysięcy wstrzyknięć muszą być jeszcze pod niejednym względem sprawdzone i powtórzone.

W dyskusji *Lortat-Jacob* podkreśla korzystne działanie acetylocholiny, które wystąpiło u jednego z chorych po porażeniu połowiczem.

O paru powikłaniach nerwowych w przebiegu grypy. (A propos de quelques accidents nerveux de la grippe). J. Hallè. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 26. r. 1929.*

Grypa, która panowała ubiegłego roku, przebiegała niejednokrotnie z rozmaitemi powikłaniami. Tematem niniejszej pracy jest opisanie powikłań nerwowych, które autor spostrzegał u członków jednej rodziny chorych na grypę. Spostrzeżenia te dowodzą, że zarazek grypy może wykazywać szczególne powinowactwo do układu nerwowego.

Omawiana rodzina składala się z dwojga rodziców, pięciorga dzieci i trojga służby. Z członków tej rodziny jedna tylko osoba nie uległa chorobie. U chorych przybrała grypa szczególną postać w odniesieniu do ojca i trojga dzieci.

U ojca choroba rozpoczęła się gwałtownymi bólami głowy i gorączką miernego nasilenia, nadewszystkiem jednak górował bardzo silny ból splotu słonecznego, t. j. nieco powyżej pępka. Ból ten występował napadowo, w przerwach utrzymywał się, lecz w znacznie słabszym stopniu. Brak było czkawki i wymiotów oraz jakichkolwiek innych zmian w zakresie brzucha. Wypróżnienia były regularne i znaczny brak apetytu. Te objawy minęły po trzech dniach, być może pod wpływem atropiny i adrenaliny. Podczas tego zespołu słonecznego występował także oczo-pląs poziomy (nystagmus horizontalis). Dokładne badanie układu nerwowego nie wykazało żadnych innych zmian. Wyzdrowienie było zupełne, bez jakichkolwiek śladów przebytej choroby.

U dziewczynki sześcioletniej przebieg grypy był zupełnie analogiczny, przyczem napady bólów trwały dwa dni a po ustąpieniu ich nie zauważono niczego charakterystycznego w dalszym przebiegu choroby.

U chłopca piętnastoletniego początkowo grypa przebiegała zupełnie prawidłowo; poczem wystąpił silny ślinotok, trwający trzy dni. Ślinotok był tak znaczny, że chory miał bezustannie usta pełne śliny tak, że nie mógł zdążyć z jej odpluwaniem. I u tego chłopca grypa nie pozostawiła żadnych zmian.

Wreszcie u chłopca dwunastoletniego przebieg grypy w ciągu tygodnia nie wykazywał żadnych odchyleń, od przebiegu grypy zwykłej. Dopiero drugiego dnia od chwili, gdy chory zaczął wstawać, pojawiły się niepokojące objawy. Chłopca zastano w pozycji stojącej, ze spuszczonemi wdół oczyma, płaczącego i wymawiającego wyrazy bez związku, przyczem nie poznawał nikogo, nawet rodziców, nie zdawał też sobie sprawy, gdzie się znajduje. Na drugi dzień chory czuł się zupełnie dobrze lecz nie pamiętał niczego, co się z nim działo poprzedniego dnia. Autor spostrzegał podczas epidemji grypy w r. 1919 i 1920 wiele przypadków psychozy podczas tej choroby. Wszystkie te przypadki wykazywały jednak zaburzenia, trwające conajmniej parę dni. Mimo tak krótkiego trwania powyższych objawów u omawianego chłopca, autor objawy te łączy z zarazkiem grypy.

Łączenie wszystkich powyżej opisanych objawów z zakażeniem grypowem jest możliwe tylko w podobnych, jak wyżej podany, wypadkach, przyczem należy zaznaczyć, że zespół słoneczny nie był tu objawem znanej postaci grypy a mianowicie postaci żołądkowo-jelitowej. W tej postaci bowiem spotykamy obok bólów też wymioty, zaburzenia żołądkowe z biegunką, podczas gdy w przypadku opisanym chodziło tylko o napady bólu. Możnaby też wyrazić przypuszczenie, że zarazek neurotropowy grypy dał tu objawy lekkiego i przejściowego zapalenia mózgu (encephalitis).

Takich przykładów neurotropowej właściwości zarazka grypy widywano już sporo. Nie wchodzi tu w grę, oczywiście, postać zapadowa grypy, natomiast należy zaliczyć do tej grupy postac hipertermiczną u osesków, w przebiegu której ciepłota może przekraczać 42° C. W podobnym przypadku, spostrzeganym przez autora ilość oddechów wynosiła 120 na minutę, przy braku jakichkolwiek zmian w płucach. Przypadek ten zakończył się wyleczeniem.

Podrażnienie przez neurotropowy zarazek grypy może dotknąć nie tylko ośrodki, regulujące ciepłotę i ośrodki opuszkowe, jak na to wskazuje przypadek oseska, u którego wystąpiła znaczna polyurja. Dziecko to oddało kilka litrów moczu w przeciągu 24-ech godzin. Autor spotykał też w przebiegu grypy u niemowląt powikłania, które możnaby ująć pod nazwę: gryppa pseudo-paralytica cum anasarca generalisata sine albuminuria.

W dyskusji *J. Comby* przytacza szereg przypadków popierających tezę *Hallè'go* o neurotropowej właściwości zarazka grypy. W szczególności zaś mówi o grypie, przebiegającej pod postacią drgawkową. I ta postać grypy kończy się szybkiem wyleczeniem. Nadto Comby widział też przypadki

w których psychoza okazała się cierpieniem stałem: w niektórych przypadkach chodziło o stany demencji, porażeń spastycznych i napadów epileptycznych.

Przypądki grypy z rzadkiemi powikłaniami. (Cas de grippe avec complications rares). Dargein i Germain. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 16, r. 1929.*

W przypadku pierwszym, dotyczącym chorego, lat 32, w czasie przebiegu grypy wystąpił obrzęk stawu ramieniowego prawego, który poprzedziły napady bólu w tymże stawie. Niebawem skóra uległa zaczerwienieniu, podczas gdy nakłucie próbne stawu wykazało obecność płynu synowjalnego o prawidłowym składzie. Po paru dniach objawy te zupełnie zginęły, bez pozostawienia śladów.

W przypadku drugim, chorego lat 20-tu, w przebiegu grypy wystąpiło ropne zapalenie ucha środkowego, które trwało tydzień. W czasie gdy to powikłanie już ustępowało, pojawił się obrzęk stawu ramieniowego wraz z podwyższeniem ciepłoty ciała. Salicylan sodu pozostał bez skutku, dopiero codzienne wlewania dożylne septiceminy (2 ampułki po 4 ccm) z lipowakcyną przeciwgrypową (początkowo 1 ccm, potem 1 i 1/2 dziennie; 7 wstrzyknięć), powikłanie to zaczęło ustępować.

W przypadku trzecim, chorego lat 33, grypa przebiegała prawidłowo przez 5 dni. Po upływie tego czasu ciepłota opadła i wówczas pojawił się ból z obrzękiem jądra i przyjądrza lewego. Sprawa ta trwała dni cztery, bez podwyższenia ciepłoty i skończyła się całkowitem wyleczeniem. Chory ten nigdy nie przechodził chorób wenerycznych ani też innych schorzeń przewodu moczowopłciowego. W moczu nie stwierdzono obecności ani ropy ani innych składników patologicznych. Wydzielina gruczołu krokowego, uzyskana masażem, nie zawierała żadnych zarazków.

Te powikłania, jakkolwiek znane, są jednak bardzo rzadkie w przebiegu grypy i autor nie znalazł żadnej o nich wzmianki w podręcznikach, omawiających powyższe schorzenie.

Płeć a grypa. (L'influence du sexe dans dans la grippe). E. Apert. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 16, r. 1929.*

Autor przypomina, że w swojej pracy, której celem było porównanie wpływu płci na przebieg grypy w r. 1918 wykazał, że u dziewcząt grypa przebiegała z wyższą ciepłotą, trwała dłużej i odznaczała się częstszemi powikłaniami, aniżeli grypa u chłopców. W tej samej epidemji statystyka śmiertelności u obu płci w każdym wieku wykazywała w Paryżu więcej zgonów wśród kobiet, niż wśród mężczyzn. W tej statystyce, obok grypy, autor uwzględnia też zapalenia płuc i inne choroby dróg oddechowych, z wyjątkiem gruźlicy. Tej pracy można było jednak postawić zarzut, że w grupie ludzi dorosłych brakło wielu mężczyzn, którzy podówczas odbywali służbę wojskową.

W pracy obecnej dotyczącej grypy, panującej w Paryżu w styczniu, lutym i marcu bieżącego roku, autor wykazuje, że śmiertelność u kobiet była wyższa o jedną czwartą od śmiertelności u mężczyzn, przy uwzględnieniu tych samych chorób, co w poprzedniej pracy.

A zatem okazuje się, że odporność kobiet wobec zarazka grypy jest mniejsza, aniżeli mężczyzn Tę samą właściwość autor wykazał w odniesieniu do kokluszu i chorea. Wszystkie te choroby, jak wiadomo, silniej atakują układ nerwowy. Natomiast inne choroby zakaźne spotyka się cześciej u mężczyzn niż u kobiet. Naogół płeć żeńska jest bardziej odporna na choroby i śmierć; pod tym względem płeć ta jest silniejsza. Natomiast układ nerwowy kobiet i dziewcząt jest bardziej wrażliwy, zarówno na wpływy psychiczne, jak i wobec tych zakażeń, które atakują w szczególności układ nerwowy.

Trzy przypadki dawnej zimnicy, pobudzonej przez grypę. (Trois cas de paludisme ancien réveillé par la grippe). Ch. Flandin, G. Marchal i L. Langlots. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 16b, r. 1929.*

Podobnie, jak w czasie poprzednich epidemji grypy, tak i epidemja tegoroczna dała sposobność poczynienia szeregu spostrzeżeń, dotyczących pobudzenia chorób przewlekłych lub utajonych. Znane są uczynnienia procesów gruźliczych, podobnie też przytacza *Dufour* przypadki uczynnienia dawnej kiły.

Autorowie spostrzegali trzy przypadki, w których wskutek grypy nastąpiło obudzeniesię dawnej zimnicy. We wszystkich tych przypadkach zimnica miała miejsce przed szeregiem lat, nie dając poprzednio przez długi czas żadnych objawów. Odróżnienie grypy od zimnicy jest nieraz bardzo trudne. Wszak wiemy, że grypa nieraz przebiega z typem gorączki przerywanej, z drugiej jednak strony istnieje zbytnia skłonność odnoszenia wielu schorzeń w przebiegu epidemji grypy do samej grypy. Skoro zimnica obudzi się w czasie trwania grypy, objawy obu tych schorzeń wikłają się nawzajem i utrudniają rozpoznanie. Pomocnem może tu być badanie krwi na obecność plasmodium malariae. Duże znaczenie posiada też podawanie chininy, której wpływ na przebieg zimnicy jest znany, natomiast godzi się zaznaczyć, że chinina wywiera mały skutek na przebieg samej grypy. Pomocnem może być też stwierdzenie znacznego powiększenia śledziony.

Wpływ lyzat-wakcyny wielowartościowej na objawy i powikłania ze strony płuc w przebiegu grypy. (L'action des lysats-vaccins polymicrobiens administrés par injection sous-cutané ou par voie intranasale sur les manifestations et complications respiratoires de la grippe). Ch. Flandin i L. Duchon. *Soc. Méd. des Hopit. Nr. 17, r. 1929.*

Grypę można uważać za chorobę epidemiczną bardzo zaraźliwą, o krótkim okresie wylęgania i ostrym początku, której przebieg ująć możemy w dwa okresy. Okres pierwszy charakteryzuje się objawami natury ogólnej, jak bóle głowy, nieraz bardzo znaczne ogólne osłabienie z rozmaicie umiejscowionemi dolegliwościami. Okres drugi rozpoczyna się w sześć godzin do trzech dni od chwili rozpoczęcia się samej choroby. W tym okresie występują objawy ze strony dróg i narządu oddechowego; a więc rhino - pharyngitis erythematosa et congestiva, następnie nieżyt oskrzeli odoskrzelowe zapalenie płuc oraz powikłania ze strony innych narządów, jak otitis, mastoiditis na tle ropnem i inne ropne sprawy, jak pleuritis purulenta abscessus pulmonis i t. p.

Grypa, bez objawów ze strony narządu oddechowego, jest tak wyjątkowem zjawiskiem, że w czasie epidemji jest się raczej skłonnym odnieść wszystkie schorzenia narządu oddechowego, klinicznie przebiegające bez jakichś ściśle określonych cech, do grypy.

Niema w tem nic dziwnego, gdyż zarówno w tych schorzeniach, jak i w przebiegu grypy spotykamy te same drobnoustroje. *Duchon* wykazał rolę, jaką bacillus Loeffleri gra w dziecięcych zapaleniach płuc odoskrzelowych. Odwrotnie natomiast, autorowie znaleźli np. prątek błonicy w oskrzelach dwuch zmarłych na grypowe zapalenie płuc.

Wobec niepewności, jaka panuje w odniesieniu do etjologji odoskrzelowego zapalenia płuc, zarówno w przebiegu grypy, jak i w innych warunkach, autorowie postanowili stosować wielowartościową lyzatwakcynę, podaną przez jednego z nich, w przebiegu tegorocznej epidemji grypy w Paryżu.

Chorych podzielono na dwie grupy. W grupie pierwszej rozpoczynano leczenie w chwili, gdy objawy ze strony płuc były już w pewnym rozwoju; stosowano 1 ccm wakcyny codziennie aż do chwili ustąpienia gorączki. W tej grupie stwierdzono szybkie ustępowanie gorączki i objawów chorobowych. Wyzdrowienie było zupełne i autorowie sądzą, że przebiegało ono szybciej.

W drugiej grupie chorych stosowano powyższą wakcynę od pierwszej chwili rozpoczęcia się choroby, jeszcze przed wystąpieniem objawów ze strony płuc. W tej grupie grypa przebiegała bez żadnych powikłań ze strony płuc mimo, że w wielu wypadkach przebieg jej był względnie dość ciężki a zwłaszcza ogólne osłabienie znacznego stopnia.

Autorowie sądzą, że omawiana wakcyna działa przedewszystkiem na zakażenie wtórne i dlatego pozwala uniknąć płucnych powikłań. Sama grypa przebiega jednak w sposób, zdaje się, niezależny od stosowania wakcyny. Należy wszakże zaznaczyć, iż dodatni wynik stosowania wakcyny przejawia się przedewszystkiem w tych przypadkach, w których środek ten podano z samego początku choroby.

W omawianych dotychczas przypadkach stosowano drogę podskórną.

W trzeciej serji badań zastosowano wakcynę pod postacią pulweryzacji donosowej. Tylko przypadki lekkie nadają się do tego sposobu leczenia. Droga donosowa okazała się bezskuteczną w przypadkach rozlanego nieżytu oskrzeli oraz odoskrzelowego zapalenia płuc. Natomiast przypadki nieżytu gardzieli i tchawicy ulegały szybkiemu wyleczeniu i grypa nie dawała powikłań ze strony płuc.

Wreszcie próbowano stosowanie wakcyny drogą donosową dla celów zapobiegawczych. Autorowie podają, że to stosowanie wakcyny pozwalało zapobiec powstaniu grypy u osób narażonych na zakażenie i w tych wypadkach, w których część osób narażonych a nie stosujących powyższego zapobiegawczego leczenia, zakażeniu temu istotnie uległa. Zapobiegawcze stosowanie wakcyny nie chroniło danych osobników od uczucia osłabienia bólów głowy, ogólnego „rozbicia" oraz być może że to stosowanie wakcyny wywoływało uczucie suchości w nosie. Podwyżki ciepłoty nie zauważono u tych osobników.

Autorowie zbierają wyniki swoich doświadczeń w następujący sposób: 1. Objawy ze strony narządu oddechowego w przebiegu grypy są wywołane przez wtórne zakażenie drobnoustrojami; 2. że wielowartościowa lyzat-wakcyna działa tylko na te wtórne drobnoustroje a nie na samo zakażenie grypowe; 3. wakcyna posiada zdolność leczniczą i zapobiegawczą wobec powikłań płucnych w przebiegu grypy; 4. wobec usunięcia objawów ze strony narządu oddechowego, zmienia się i symptomatologja i rokowanie grypy.

W dyskusji *Commle* twierdzi, że wakcyna wielowartościowa wykazywała w czasie epidemji w r. 1919. raczej właściwość tylko zapobiegawczą, aniżeli leczniczą wobec powikłań płucnych. To znaczy, że zastosowanie wakcyny w samym początku grypy, zapowiadającej się pod ciężką postacią, lecz bez poważniejszych płucnych powikłań — pozwalało uniknąć zapalenia płuc, natomiast wakcyna stosowana w czasie powikłania płucnego nie dawała żadnego wyniku. Tymczasem w obecnej epidemji stosowanie wakcyny zdawało się mieć znaczny i skuteczny wpływ na przebieg płucnych powikłań w czasie grypy.

Cechy kliniczne i epidemjologiczne grypy z r. 1929. (Caractéres cliniques et épidémiologiques de l'épidemie dite de grippe de l'hiver 1929). Bezançon, Chevalley, Pollet i Celice. *Soc Méd. des Hopit. Nr. 18, r. 1929.*

Autorowie podają w niniejszej pracy wyniki obserwacji, zebranych w klinice przy szpitalu św. Antoniego, dotyczące 83 kobiet i 70-ciu mężczyzn. Pierwsi chorzy zaczęli napływać w połowie stycznia 1929 roku, około 10-go lutego ilość ich osiągnęła punkt kulminacyjny; Autorowie porównują powyższe daty z danymi, które zebrali w innem ognisku tej epidemji, gdzie podobnie epidemja rozpoczęła się 10-go stycznia a osiągnęła swe maximum między 15-tym a 25-tym lutego. Z końcem marca ilość chorych przebywających spadała bardzo szybko. W tej epidemji nie spostrzegano nawrotu jej, jak miało to miejsce w epidemji influenzy w r. 1918 i 1919.

Jako ogólną cechę kliniczną ostatniej epidemji należy podkreślić prawie wyłączne zaatakowanie narządu oddechowego, podczas gdy nieliczne były tylko przypadki grypowych schorzeń układu nerwowego i przewodu pokarmowego. W przebiegu grypy r. 1918/1919 wprawdzie objawy ze strony narządu oddechowego były bardzo powszechne i ciężkie, to jednak miało się wrażenie, że w pierwszych okresach choroby górowało umiejscowienie w układzie nerwowym: znaczne bóle głowy, ogólne rozbicie, bóle kończyn i t. p. W obecnej epidemji objawy te wprawdzie istniały, większość chorych cierpiała jednak przedewszystkiem na nieżyty spojówek oczu, nieżyty nosa, gardzieli, anginy i t. p.

Objawy krwiotoczne, tak znaczne w grypie r. 1918/1919, jak krwawienia z dziąseł, krwioplucia krwawienia maciczne — w tym roku rzadko się pojawiały podobnie, jak i znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego, które przed dziesięciu laty tak wybitną grały rolę.

Objawy ze strony narządu oddechowego, acz kolwiek częste, nie wykazywały prawie nigdy tak wysokiego i zgubnego nasilenia, jak w r. 1918. W szczególności zaś autorowie nie widzieli ani razu grypy, cechującej się tą sinicą, jaką odznaczała się grypa z r. 1918, która w tej postaci prowadziła do śmierci w przeciągu paru dni a często paru godzin. W obecnej grypie pojawienie się sinicy było objawem dodatkowym i łatwo wytłumaczalnymi powikłaniami grypowymi.

Powikłania płucno - opłucnowe w tegorocznej grypie nie mniej jednak były ciężkie. Na 87-miu mężczyzn chorych było 5 powikłań pod postacią nawału płucnego, 11 zapaleń płuc odoskrzelowych, 16 prawdziwych zapaleń płuc i 10 przypadków śmierci z zapalenia płuc. Na 83 kobiet, było 11 przypadków śmiertelnych, z powodu zapalenia płuc.

Zapalenie płuc nie odróżniało się klinicznie niczem szczególnem od tych, powstałych na innem tle. W 3-ch przypadkach broncho - pneumonji nie stwierdzono ani razu sekcyjnie tych wielkich zawałów, które spotykano w r. 1918/1919. Badanie bakterjologiczne wykazywało w drogach oddechowych obecność pneumokokoków, streptokoków, mikrokokków nieżytowych i wreszcie kokko-bakcyle Pfeiffera. Dość względnie często spotykano ropnie płucne, które uległy w końcu wyleczeniu, po usunięciu ropy drogą przez usta. W 2 przypadkach stwierdzono wysięk opłucnowy. Obraz kliniczny różnił się zależnie od okresu epidemji. W początkach jej stwierdzono dobrotliwe nieżyty, u szczytu epidemji przedewszystkiem broncho - pneumonje, w drugiej połowie zaś epidemji znaczną ilość zapaleń płuc W tym okresie obraz kliniczny był tak dalece opanowany przez obraz zapalenia płuc, że możnaby było mówić raczej o epidemji tej ostatniej choroby, niż o epidemji grypy.

Celem porównania obecnych objawów natury grypowej z wielką pandemją roku 1918/1919 autorowie kreślą następujące uwagi. Epidemja z roku 1918/1919 była chorobą całkowicie odrębną od sezonowych, zimowych zakażeń a przedewszystkiem wykazała ona wybitne powinowactwo do układu nerwowego. Grypa owczesna w pierwszych miesiącach, była typową grypą nerwową, dopiero później w lecie i na jesieni przybrała postać grypy oddechowej ale, o typie specjalnym. Typ ten rozpoczynał się odrazu od płuc, atakując je na dużej przestrzeni wśród objawów krwotocznych i obrzękowych. Wlatach 1918/1919 nieżyty górnych dróg oddechowych posiadały mało znaczenia, podczas gdy nieżyty te grały tak wielką rolę w wielkiej epidemji z roku 1889, oraz w przebiegu i tegorocznej epidemji .

Różnice między epidemjami z r. 1889 i 1918/1919 były tak duże, że można tu postawić pytanie, czy nie chodziło w obu przypadkach o odrębne zarazki? Grypa z roku 19 8 była równocześnie grypą oddechową, krwiotoczną i obrzękową, lecz o specjalnym charakterze. Oddzielenie epidemji gryp jest tem trudniejsze, że obraz kliniczny, podczas przebiegu epidemji zmienia swój charakter.

Następnie autorowie raz jeszcze streszczają cechy epidemji grypy z roku 1918/1919. Według pracy *Jacquet'a* p. t. „La grippe de Bourges".

Po ustąpieniu tej epidemji (z r. 1918/1919) grypa epidemiczna pojawia się tylko w sposób przerywany, lecz odnosi się wrażenie, że nowy jakiś pierwiastek zmienił jej postać. Początkowe cechy grypy zanikają coraz bardziej i grypa występuje pod postacią broncho-pneumonji. *Jacquet* przeciwstawia dwa schorzenia, z których pierwsze jest grypą-influenzą, t. j. chorobą epidemiczną ze skłonnością do krwiotoczności, z przewagą objawów układu nerwowego, sprowadzającą odporność — druga zaś jest grypą sezonową, wywołaną przez rozmaite wpływy atmosferyczne i przebiegającą pod nieżytową postacią.

Autorowie sądzą, że należy pójść jeszcze dalej i odróżniają trzy typy epidemji:

1. Wielkie światowe pandemje typu 1889 roku i typu 1918/1919, różniące się między sobą pod wieloma względami, które są jednak połączone wspólnymi objawami ze strony układu nerwowego. Ta postać jest niezależna od okresu zimowego, jakkolwiek może się wikłać z chorobami sezonowemi.

2. Objawy chorobowe typu sezonowego, które fałszywie określa się mianem grypy, jak n. p. nieżyty, broncho-pneumonje, pneumonje. Schorzenia te mogą niekiedy przybierać postać epidemji ciężkiej, lecz ograniczonej do pewnych miejscowości i nie przechodzą w typ pandemji światowej.

3. Epidemje, które *Bezançon* i *de Jong* opisali w roku 1904, w których objawy nerwowe ustępują na plan drugi, podczas gdy na plan pierwszy wysuwają się objawy nieżytowe i które słusznie możnaby uważać tylko za zakażenia sezonowe o typie epidemicznym, gdyby nie to, że epidemje te pojawiają się równocześnie niemal w całym świecie, choć nie w tym stopniu, co wielkie pandemje światowe.

D y s k u s j a:

G. Lion badał krew w przebiegu grypy z roku 1918/1919 i stwierdził dużą częstość pojawiania się myelocytów. Ta myelocytaemia pojawiała się prawie w każdym przypadku powyższej epidemji i można było ją spostrzegać nawet po ustąpieniu choroby. Żaden sposób leczenia nie wpływał na zmianę obrazu krwi tak, że autor przypisuje myelocytaemii wartość rozpoznawczą dla grypy. W miarę jak epidemja wygasała, przypadki grypy bez myelocytaemji stawały się coraz częstsze. W latach następnych aż do roku 1926-go badania krwi, dokonywane u chorych na „grypę sezonową" nie wykazywały myelocytaemii. W czasie ostatniej epidemji grypy autor nie miał sposobności przeprowadzania swych badań.

P. *Jacquet* w dłuższem przemówieniu przedstawia epidemjologiczne cechy grypy z r. 1918/1919, podkreślając, jak w miarę trwania epidemji zmieniły się jej cechy kliniczne a poniekąd i jej sposób rozprzestrzeniania się, by w końcu przejść w tę postać, którą można nazwać grypą sezonową.

Jausion przypomina swą pracę z prof. *Doplere'm* wygłoszną na Kongresie Medycyny Wojskowej w Warszawie. Według autora właściwy zarazek grypowy oddziaływa przedewszystkiem na układ współczulno-błędny a pod jego to wpływem drobnoustroje saprofitujące stają się chorobotwórczymi. Zarazek grypy, atakując wybiórczo układ nerwu błędnego, wywołuje anergję, początkowo tylko płucną na stępnie ogólną, wobec czego narządy te ulegają wtórnym schorzeniom pod wpływem drobnoustrojów. Dlatego to powstają następnie w ustroju ogniska chorobowe, które tylko w sposób luźny i pośredni łączą się z grypą. Dlatego też powstają formy epidemiczne różniące się między sobą w poszczególnych latach.

Bard przypomina szczególną różnicę między epidemjami z r. 1889, a 1918/1919, różnicę, która pozornie tylko zdaje się oddzielać od siebie te epidemje, a która wykazuje raczej identyczność zarazka w obu epidemjach. W r. 1889, epidemja w formie bardzo ciężkiej dotykała przedewszystkiem starców, natomiast pod lekką postacią przebiegała u młodzieży. Odwrotnie zaś w r. 1918 starcy naogół byli oszczędzani przez grypę. Nie należy jednak zapominać, że starcy z r. 1918 byli tymi młodymi, którzy przeszedłszy w r. 1889 grypę uzyskali prawdopodobnie jaknajwiększą odporność.

Z. Gorecki

PEDJATRJA.

Exanthema subitum. L'exanthème subit. D. Teitel. *Arch. Méd. Enf. T. XXXII. 1929.*

Pod nazwą zawartą w tytule wyodrębniona została przez autorów amerykańskich jednostka chorobowa, wystepująca u dzieci najmłodszych, w pierwszym i drugim roku życia. Z charakterystycznych dla tej choroby objawów należy podkreślić: 1. nagłe podniesienie ciepłoty bez wszelkich zwiastunów, 2. występowanie wysypki przypominającej odrową, natychmiast po spadku ciepłoty i 3. szybkie znikanie wysypki, bez pozostawienia łuszczenia wzgl. zmian barwikowych w skórze. Jest to choroba zakaźna, niełatwo jednak udzielająca się otoczeniu. Rozpoczyna się ona, jak zaznaczono to już wyżej nagłem podniesieniem ciepłoty, częstokroć do 40°. Prócz niepokoju nie zauważamy żadnych większych zmian w stanie ogólnym dziecka. Po 3—4-dniowem trwaniu gorączki ciepłota opada krytycznie do normy. Na krótko przed ustąpieniem gorączki, jeszcze częściej po jej ustąpieniu zjawia się wysypka z początku na plecach, później na brzuchu praz kończynach; twarz pozostaje zazwyczaj wolna od wysypki. Wysypka trwa najwyżej 24 godziny, poczem bardzo szybko znika. Prócz przebiegu klinicznego charakterystycznem dla tej choroby jest obraz krwi. Stwierdzamy wybitną leukopenję, dochodzącą do 3000 leukocytów, ze względną limfocytozą. Autor spostrzegał w Palestynie 9 tego rodzaju przypadków, z których wszystkie przebiegały zupełnie typowo. Znajomość tej choroby ważna jest dla lekarza praktyka, gdyż pozwala mu przeprowadzić różniczkowe rozpoznanie w stosunku do odry i w ten sposób uniknąć żmudnej akcji zapobiegawczej stosowanej w odrze. Rozpoznanie prawidłowe ma też duże znaczenie dla rokowania, gdyż to ostatnie w przypadkach exanthema subitum jest najzupełniej dobre wówczas, gdy tego nie można powiedzieć o odrze u dzieci najmłodszych.

(Przypadki wspomnianej choroby w Polsce bynajmniej nie są rzadkie i wszyscy lekarze pedjatrzy mają do zanotowania cały szereg przypadków tego cierpienia).

Odra bez wysypki i odra bez gorączki. Rougeole sans exanthème et rougeole sans fièvre. Francesco Lo Presti. Seminerio *Arch. de Mal. des Enf. T. XXXII, 1929.*

Sprawa istnienia przypadków odry bez wysypki była podnoszona przez szereg wybitnych uczonych (*Sydenham, Trousseau*). Inni zaś (*Grancher, Weill* etc.) negowali możliwość występowania tego rodzaju przypadków. Autor opisuje dwa przypadki, w ktorych pierwsze objawy typowe dla odry wystąpiły po prawidłowym okresie wylęgania. Prócz gorączki, silnych objawów nieżytowych, zanotowano typowe plamki *Koplik'a*. Czas trwania gorączki wynosił 7 dni, lecz wysypka nie wystąpiła. Obydwa przypadki dotyczyły dzieci już nieco starszych (jedno 2-u, drugie 5-o letnie), w braku więc wysypki nie można tłumaczyć niemożnością oddziaływania ustroju na zarazek odrowy, jak to ma miejsce u małych i słabowitych niemowląt, u których spostrzega się częstokroć bardzo nikłą wysypkę odrową. Autor sądzi, że w swoich przypadkach miał on do czynienia z osłabieniem zarazka odrowego, względnie z obfitem wytwarzaniem sie ciał odpornościowych. To ostatnie przypuszczenie tłumaczyłoby również spostrzegany przez autora przypadek braku gorączki w przebiegu odry.

Prawidłowe rozpoznanie w przebiegu poronnym odry posiada znaczenie z punktu widzenia zapobiegania odrze oraz jej leczenia.

Czynnik djetetyczny i leczenie środkami zewnętrznemi wyprysków niemowląt. Action compatée du régime protéique, et de la médication externe dans l'eczéma des nourrissonés. M. J. Cathala et M. Vermorel. *Bul de la Soc. de Red. de Paris Nr. 4. 1929*

Jak wiadomo leczenie djetetyczne wyprysku niemowląt stawiane jest przez większość klinicystów na pierwszym planie. Djeta wprowadzona przez *Hamburgera* z berlińskiej kliniki Czerny'ego, usuwa całkowicie zwykłe mleko z pożywienia, zastępując je mlekiem wysuszonem; pozatem niemowlęta otrzymują w dużej ilości jarzyny i wątrobę. We krwi takich chorych *Ribaxdeau-Dumas* stwierdził obecność zmian w chemizmie co uzasadnia leczenie djetetyczne wyprysku. Zmiany te dotyczą w pierwszej linji większego rozwodnienia krwi, pozatem zwiększenia zawartości globulin na niekorzyść albumin. W przypadku opisanym przez autora leczenie djetetyczne nie dało żadnych wyników ani w sensie usunięcia objawów chorobowych na skórze, ani też nie wpłynęło na stan chemiczny krwi. Dopiero leczenie środkami zewnętrznemi w postaci maści, zawierającej dziegieć, w krótkim czasie spowodowało wyleczenie wyprysku. Co ciekawsze jednocześnie stan chemiczny krwi powrócił do normy, co przemawia według autora za zależnością chemizmu krwi od stanu skóry. W każdym bądź razie odpowiednie leczenie zewnętrzne jest bardzo ważnym współczynnikiem w leczeniu t. zw. skazy wysiękowej u niemowląt.

H. B.

CHIRURGJA

Leczenie bólów pochodzenia trzewnego zapomocą wstrzykiwań doskórnych. (Du role du derme dans le traitment des algies viscerales). Sicard i Lichtwitz. *La Presse Méd. Nr. 34, kwiecień 1929.*

Czucia bólowe pochodzenia trzewnego zostają przeprowadzone zapomocą gałązek nerwu współczulnego do zwojów przykręgowych i następnie do istoty szarej bocznych rogów rdzenia, skąd już za pośrednictwem włókien układu mózgowordzeniowego zostają doprowadzone do kory mózgowej (świadomości). Te ostatnie włókna, przewodząc czucia bólowe z danego narządu, przewodzą jednocześnie czucia z pewnego odcinka skóry, otrzymującego nerwy od danego segmentu rdzenia. Stąd — stwierdzana wielokrotnie zależność między stanem chorobowym pewnych narządów i odpowiedniemi odcinkami skóry — w objawach klinicznych. i w lecznictwie (okłady gorące i zimne na skórę, przyżegania, bańki, naświetlania promieniami pozafiołkowemi odcinków skóry).

Pewne objawy bólowe pochodzenia trzewnego próbowano leczyć również, analogicznie do okładów i baniek, wstrzykiwaniem doskórnem w odpowiednich odcinkach skóry 0.5% novokainy, wody przekroplonej, roztworów zasadowych — z wynikiem

bardzo dobrym. Mechanizm działania tych wstrzykiwań jest jeszcze zupełnie ciemny; najprawdopodobniej dochodzi tu do skutku zahamowanie przewodzenia podniet bólowych, idących od trzew, które to zahamowanie następuje w zwojach przykręgowych lub bocznych rogach rdzenia w związku z podnietami; (wstrzykiwania) idącemi od odpowiednich odcinków skóry. Owe podniety hamujące zostają przeniesione ze skóry do rdzenia zapomocą zwykłych nerwów czuciowych, a sam akt zahamowania podniet bólowych, wychodzących z chorych narządów, ma miejsce tam, gdzie podniety bólowe z nerwów współczulnych zostają „przeładowane" na włókna mózgowo-rdzeniowe, to jest w rdzeniu.

Przyczynek do techniki szwu kostnego w złamaniach obu kości przedramienia. (Technique de l'ostéosynthèse pour fracture des deux os de l'avant-bras). Ballis i Folliasson. *Paris Méd. Nr. 12, marzec 1929.*

Najodpowiedniejszym momentem do wykonania zabiegu jest okres czasu bezpośrednio po złamaniu, pierwsza doba, a nawet pierwsze godziny, kiedy mięśnie są jeszcze wiotkie, nienapięte, a przestrzenie międzykomórkowe — nie nacieczone składnikami krwi.

Znieczulenie ogólne. Ułożenie chorego na brzuchu, z ręką wyciągniętą w bok, w zupełnej i stałej supinacji, dłoniową powierzchnią zwróconą wdół. Po nałożeniu dookoła napiąstka grubej warstwy waty zakłada się tu dwie pętle płócienne (lasso), jedna — ciągnąca po stronie promieniowej, druga — po stronie łokciowej, i oba sznurki umocowuje się do automatycznego przyrządu wyciągowego Lambotte'a; pociąganie ręczne jest niewystarczające i przeciwskazane ze względów aseptyki operacyjnej, której należy tutaj przestrzegać, jak wogóle przy zakładaniu szwu kostnego, z krańcową drobiazgowością (unikać zwłaszcza dotykania skóry!).

Od której kości zacząć szycie — jest naogół obojętne; obnażać kość, jak najmniej uszkadzając tkanki miękkie. Po dokładnem zatamowaniu krwawienia, oczyszczeniu ostrą łyżeczką powierzchni złamania i ścisłem zestawieniu odłamów zakłada się szew kostny pod postacią blaszki Shermanna, przyśrubowanej do powierzchni grzbietowej odłamów, poczem zeszywa się powięź powierzchowną i skórę (nitką). Do szycia drugiej kości przystępuje się po zmianie rękawiczek i z nowemi narzędziami.

Kończynę unieruchamia się po operacji w opatrunku gipsowym, od połowy ramienia do nasady palców (przedramię w supinacji); począwszy od 30 dnia zdejmuje się opatrunek codziennie dla umożliwienia kąpieli ciepłych i bardzo delikatnych ruchów — biernych i czynnych. Po 40 dniach gips zdejmuje się ostatecznie.

Unieruchamianie w opatrunku gipsowym autorowie uważają za konieczne z tego względu, że w razie zachowania pewnej ruchomości odłamów, śrubki, przytrzymujące blaszkę, mogą ulec obluzowaniu i wysunąć się nazewnątrz, a wówczas zginacze, mające przewagę nad mięśniami prostującemi, spowodują wygięcie się kości w miejscu złamania pod kątem otwartym do przodu.

Powikłania w przebiegu naświetlań lampą kwarcową. (Accidents éventuels au cours des traitements par les rayons ultraviolets). Delaplace. *Paris Médical Nr. 16, kwiecień 1929.*

Powikłania w czasie samych naświetlań są rzadkie i przeważnie natury czysto technicznej, a mianowicie: eksplozja lampy wskutek nagłego i nadmiernego wzrostu ciśnienia wewnątrz (zbyt duże napięcie prądu elektrycznego), niewielkie szczelinowate pęknięcie płytki kwarcowej (wskutek dużej temperatury — 6000° C) i wyciekanie odpowiednio rozgrzanej rtęci kroplami na naświetlanego pacjenta, wreszcie — przy nagromadzaniu się dużych ilości ozonu w źle przewietrzanej sali — mdłości i wymioty u osób wrażliwych (zwłaszcza kobiet). Ze względu na możność pęknięcia blaszki kwarcowej nie należy nigdy naświetlać wprost z góry, pionowo, zawsze trochę ukośnie z boku.

Z powikłań, ujawniających się bezpośrednio po naświetleniu (5 — 6 godzin), do dość częstych należą: zapalenie spojówek i rogówek oczu (zwykle o przebiegu łagodnym, przechodzące nawet bez leczenia w parę dni) i zapalenie skóry (zaczerwienienie i swędzenie, czasami pęcherze, podnaskórkowe).

Zapalenia spojówek łatwo jest uniknąć, osłaniając oczy odpowiedniemi okularami, dokładnie przylegającemi do skóry; zaś zapalenie skóry uważa autor, wbrew opinji pewnej liczby lekarzy, zawsze za niepożądane i zbędne, jeżeli już nie za szkodliwe (następowy nadmierny porost włosów w tych miejscach, trwałe przebarwienia skóry, krwioplucia w gruźlicy płuc).

Powikłania późne w przebiegu naświetlań lampą kwarcową polegają prawie wyłącznie na zaostrzeniu się procesu gruźliczego u osobników nim dotkniętych; zaostrzenie to przebiega pod postacią krwioplucia lub nawet uogólnienia się zakażenia gruźliczego na cały ustrój, które w całym szeregu przypadków doprowadziło w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego. Toteż chorych takich należą naświetlać bardzo ostrożnie, małemi dawkami i nigdy nie doprowadzać do powstania rumienia skóry.

Rozpoznawanie różniczkowe żółtaczki mechanicznej. (Diagnostic et traitement des ictères par rétention). Parturier i Thalheimer. *La Presse Méd. Nr. 37: maj 1929,*

Klinicznie rozróżniamy tu: żółtaczkę przelotną i niezbyt nasiloną, żółtaczką przewlekłą o zmiennem nasileniu i wreszcie — żółtaczkę, przewlekłą stale nasilającą się.

I. W przypadku żółtaczki niezbyt nasilonej i przelotnej będziemy myśleli przedewszystkiem o tak zwanej dawniej żółtaczce nieżytowej, a uważanej dzisiaj za żółtaczkę zakaźną — icterus infectiosus, hepatitis; zwłaszcza jeśli towarzyszy jej, obok odbarwienia stolców, obrzmienie niebolesne wątroby i obrzmienie śledziony. Jednakże, jeśli żółtaczka utrzymuje się zbyt długo, brak jest wyraźnego obrzmienia śledziony, a do tego wystąpi boleśność uciskowa w punkcie pęcherzykowym — należy pomyśleć o kamicy żółciowej.

II. W żółtaczce przewlekłej o zmiennem nasileniu, o ile pęcherza żółciowego się nie wyczuwa, ale jego okolica jest bolesna przy uci-

sku — przemawia to za kamicą (kamień w przewodzie pęcherzykowym w miejscu jego ujścia do przewodu wspólnego, pęcherz zbliznowaciały i skurczony); obecność dużego pęcherza i brak bolesności — przemawiają, odwrotnie, za rakiem przewodów wyprowadzających dolnych, przewodu wspólnego i brodawki Vatera; rak brodawki Vatera cechuje się zwykle małemi wymiarami i tendencją do rozpadu, dzięki tej ostatniej właśnie może nastąpić przejściowe przywrócenie drożności przewodu wspólnego, przejawiające się zmiennem nasileniem żółtaczki. Rak pęcherza żółciowego przebiega bez żółtaczki.

III. Wreszcie w przebiegu żółtaczki przewlekłej stale nasilającej się, pomyślimy przedewszystkiem o raku głowy trzustki, zwłaszcza o ile towarzyszą jej — pęcherz żółciowy duży i niebolesny, charłactwo nowotworowe, objawy niedomogi trzustki (do 90% niestrawionych tłuszczów — przy normalnej liczbie 5%) i t. p. Poza rakiem trzustki uwzględnić tu należy marskość trzustki (pancreatitis chronica fibrosa), pericholecystitis z następowem przewężeniem przewodu wspólnego, wreszcie rak odźwiernika z przerzutami i t. p.

W każdym przypadku dłużej trwającej żółtaczki mechanicznej wskazana jest operacja, która— zarazem wyjaśni ostatecznie i pozwoli na zastosowanie odpowiedniego leczenia.

Współistnienie gruźlicy otrzewnej i opłucnej u tego samego osobnika; zaburzenia miesiączkowania w gruźlicy narządów rodnych (La coecsistance pleuro-péritonéale de la tuberculose et les troubles menstruels dans la tuberculose genito-péritonéale). Drody. *La Presse Méd. Nr. 38. maj 1929*

Pogląd *Godeliera* z przed 45 lat, a mianowicie, że w każdym przypadku gruźlicy otrzewnej ma miejsce jednocześnie zapalenie swoiste jednej z opłucnych, nie sprawdził się w następstwie. Naogół rozróżniać należy dwie postacie gruźlicy otrzewnej, jedna — dotycząca górnej połowy jamy brzusznej, z zajęciem opłucnej, druga — bez porównania częstsza — poczynająca się w małej miednicy, prawie zawsze w związku ze schorzeniem swoistem narządów rodnych; w tym drugim przypadku do zapalenia swoistego opłucnej dochodzi bardzo rzadko.

Do najwcześniejszych i najbardziej stałych objawów tej ostatniej postaci gruźlicy otrzewnej należą zaburzenia w miesiączkowaniu, a mianowicie: miesiączkowanie bolesne (dysmenorrhoea — unieruchomienie w zrostach macicy, pochylonej do tyłu), miesiączkowanie zbyt rzadkie i zbyt skąpe, (oligomenorrhoea), wreszcie brak miesiączki (amenorrhoea) — którego przyczyna może być również ogólna a mianowicie charłactwo gruźlicze, jednakże w przebiegu gruźlicy narządów małej miednicy objaw ten występuje wyjątkowo wcześnie, i stale, regularnie, pogarszając jednocześnie rokowanie w danym przypadku; autor przywiązuje tutaj do prawidłowego miesiączkowania duże znaczenie, uważając je za proces leczniczy, odtruwający ustrój chory i dlatego w przypadkach ustania perjodu (a także w przebiegu gruźlicy otrzewnej u mężczyzn), rokowanie uważa za znacznie gorsze.

Menoragje i metroragje w przebiegu gruźlicy narządów małej miednicy zdarzają się bardzo rzadko.

Operacyjne usuwanie gruczołów przytarczycznych w celach leczniczych (La parathyroidectomie va-t-elle devenir une operation chirurgicale?). Mouzon. *La Presse Méd. Nr. 39, maj 1929.*

Jak wiadomo, objawami tężyczki pooperacyjnej są: zmniejszenie zawartości wapnia we krwi poniżej normy i nadmierna pobudliwość mechaniczna i elektryczna mięśni i nerwów; podawanie w tych przypadkach wyciągów z przytarczyc (*Collip*) znosi częściowo te objawy, a podawanie ich np. psom zdrowym powodowało nadmierny wzrost zawartości wapnia we krwi i moczu ze zmniejszeniem napięcia mięśniowego i odwapnieniem kości.

Fakty te nasuwają myśl o istnieniu w patologji ludzkiej stanów nadczynności przytarczyc, o objawach podobnych do tych, jakie otrzymywano na drodze wstrzykiwań psom zdrowym wyciągów *Collipa*. A zważywszy ciężkość tych objawów i ich nieuleczalność przy obecnym stanie wiedzy lekarskiej, czyby nie należało spróbować w tych przypadkach wycinania gruczołów przytarczycznych jako leczenia zasadniczego? Myśl tę wprowadził poraz pierwszy w życie *Mandl* z Wiednia (1926), wykonawszy w przypadku choroby *Recklingbausena* (osteitis fibrosa generalisata) wycięcie przytarczycy (tumor parathyreoideae), naogół z wynikiem niezłym, gdyż dobowa ilość wydzielanego z moczem wapnia spadła z 54 mg. na 7,6 mg. bóle kończyn prawie całkowicie ustąpiły, chory zaczął chodzić o lasce (będąc do tej pory przykuty do łóżka), a rentgenologicznie stwierdzono wzrost zawartości wapnia w kościach. Inni autorowie, którzy wykonywali wycięcie przytarczycy u chorych na chorobę *Recklingbausena*, otrzymywali podobnie dobre wyniki, jakkolwiek nie w każdym przypadku stwierdzano obecność guza przytarczycy — przyczyną choroby były tu prawdopodobnie tylko czynnościowe zaburzenia.

Chirurdzy rosyjscy (*Oppel*) wykonywali wielokrotnie wycięcie obu przytarczyc po jednej stronie w przypadkach spondylosis rhizomelica, w których stwierdzano przed operacją zwiększenie zawartości wapnia we krwi i zmniejszenie pobudliwości mięśniowej (odwrotnie jak przy tężyczce), — w 50% otrzymano znaczną poprawę w stanie chorych.

Rzadkie umiejscowienie objawów bólowych w przebiegu zapalenia pęcherza żółciowego (Quelques irradiations douloureuses peu connues au cours des cholécystites). Ramond i Chêne. *La Presse Méd. Nr. 50, czerwiec 1929.*

Obraz kliniczny zapalenia pęcherza żółciowego cechuje, jak wiadomo, ogromna wielopostaciowość i krańcowa nieraz rożnorodność objawów, która tem samem przyczynić się może łatwo do różnych pomyłek rozpoznawczych. Autor opisuje w pracy niniejszej dwa niezwykłe umiejscowienia objawów bólowych, rzeczywiście daleko odbiegające od klasycznego obrazu zapalenia pęcherza żółciowego, które tem nie mniej nie powinny sprowadzić lekarza z raz obranej drogi prawidłowego rozpoznania.

Jeden — to ból samoistny w okolicy potylicy i karku, szerzący się czasami aż do I kręgu piersiowego, niezbyt nasilony, zjawiający się zwykle rano w chwili przebudzenia się i stopniowo przycichający w ciągu dnia; czasami zaostrzający się w parę

godzin po przyjęciu pokarmów; bólowi temu towarzyszą stale objawy miejscowe zaostrzenia się procesu chorobowego w pęcherzu żółciowym.

Drugi — to ból w lewem podżebrzu (najsilniejszy wzdłuż łuku żebrowego), samoistny lub wywołany przez ucisk w punkcie pęcherzykowym; ból samoistny bywa różnego nasilenia, nieraz nawet gwałtowny, zawsze rozlany na większej przestrzeni, czasami trwający bez zmiany całemi dniami.

Mechanizm powstawania tych objawów bólowych nie został jeszcze wyjaśniony, jakkolwiek ich związek z zapaleniem pęcherza żółciowego, bez względu na jego tło, nie ulega żadnej wątpliwości.

Najprawdopodobniej gra tutaj rolę ścisły związek anatomiczny i czynnościowy, jaki istnieje między unerwieniem pewnych narządów wewnętrznych i odpowiednich odcinków skóry (poprzez rdzeń), który to związek warunkuje powstawanie, między innemi ograniczonej przeczulicy odcinków skóry w następstwie zapalenia trzew brzusznych. W tenże sposób tłumaczyć można szerzenie się bólów z trzew na pewne odcinki skóry, przyczem to szerzenie się w szczególnych przypadkach może przekraczać zwykłe granice, dając np. w zapaleniu pecherza żołciowego bóle nawet w okolicy potylicy, karku i podżebrza lewego.

Wrzód trawienny małej krzywizny żołądka. (Ulcères de la petite courbure). Gosset i Loewy. *La Presse Méd., Nr. 49, czerwiec r. 1929.*

Autorowie podają wyniki operacyjne spostrzeganych przez siebie 267 przypadków wrzodu małej krzywizny żołądka. Tylko w 8 przypadkach wrzód był podwójny, a w 5 — wrzodowi żołądka towarzyszył wrzód dwunastnicy. Zabieg operacyjny polegał na zespoleniu żołądkowojelitowem, zespoleniu wraz z wycięciem wrzodu, na samem wycięciu bez zespolenia, wreszcie na zespoleniu żołądkowo-żołądkowem w przypadkach żołądka klepsydrowatego. Czas spostrzegania po operacji wynosił od 15 miesięcy do 14 lat.

Po zespoleniach żołądkowojelitowych śmiertelność pooperacyjna wynosiła 4,5%, wyleczenie otrzymano powyżej 80%, z pozostałych — w 4% w miejscu wrzodu rozwinął się rak, w 0.8% powstał wrzód trawienny w miejscu zespolenia, wreszcie w innych objawy wrzodu utrzymywały się nadal. Zaznaczyć należy że na 49 chorych z krwawieniami z wrzodu, w którym wykonano zespolenie żołądkowojelitowe, tylko u dwóch krwawienia po operacji się powtorzyły.

Wycięcie wrzodu bez następnego zespolenia dawało naogół wyniki niepomyślne (90% — bez poprawy), dopiero wtórne wykonanie zespolenia żołądkowojelitowego sprowadziło wyleczenie, względnie poprawę.

Wycięcie wrzodu wraz z następowem (jednoczasowo) zespoleniem dawało mniejwięcej takie same wyniki i taką samą śmiertelność pooperacyjną, jak samo zespolenie.

Wnioski ostateczne. W przypadku wrzodu małej krzywizny żołądka, bez bardziej rozległego stwardnienia zapalnego (ulcus callosum), metodą z wyboru będzie wykonanie zespolenia żołądkowojelitowego, z wycięciem samego wrzodu lub bez; znaczenie zespolenia polega na szerokiem sączkowaniu jamy żołądka i usunięciu wpływu drażniącego treści żołądkowej na skurcz odźwiernika, tak szkodliwy dla procesu gojenia się wrzodu. W przypadkach ulcus callosum, a zwłaszcza podejrzanych o zwyrodnienie nowotworowe, lepiej jest uciec się do rezekcji żołądka.

Leczenie radem naczyniaków skórnych. (Le radium dans le traitement des angiomes cutanés). Wallon. *Le Presse Méd. Nr. 49, czerwiec 1929.*

Z pomiędzy różnych środków leczniczych naświetlanie radem naczyniaków daje wyniki najlepsze (ładna blizna) i najbardziej stałe, pod warunkiem uwzględnienia wskazań i przeciwskazań i zastosowania właściwej techniki. Działanie radu polega na pobudzeniu do bujania tkanki łącznej, która bliznowaciejąc, z czasem, powoduje zanik światła w naczyniaku, przyczem nawet już przy niewielkiem przekroczeniu dawki leczniczej może dojść do zaniku samej skóry, z jej ścieńczeniem i pozostawieniem bardzo brzydkiej blizny.

Wskazania do stosowania radu dają przedewszystkiem naczyniaki guzowate (do igieł radowych) sterczące ponad powierzchnię skóry, zajętej przez sam naczyniak lub nie.

Z naczyniaków płaskich, w postaci plam, wskazania do radjoterapji (stosowanie powierzchowne) dają tylko plamy o niewielkich wymiarach, gdyż pozostaje tu po naświetleniu zawsze blizna; plamy o większych wymiarach dają wskazania do zamrażania dwutlenkiem węgla, który sprowadza coprawda mniejszą poprawę, ale pozostawia zato bezwzględnie ładniejszą niż rad, bliznę.

Zasadniczo rad działa tem lepiej, im naczyniak jest młodszy, to jest we wczesnem dzieciństwie, w każdym razie nie należy zwlekać z zabiegiem wówczas, kiedy się stwierdzi jego szybsze powiększanie się.

Ocenić ostateczny wynik zastosowania radu i decydować o ewentualnem powtórzeniu dawki można nie wcześniej, niż po 3 — 4 miesiącach.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Groźne uszkodzenie w czasie trzeciego okresu porodu. (Traumatisme grave au cours de la periode de delivrance). Reeb M. *Revue Francaise de Gynécol. et d'Obstétr. Mars 1929.*

Autor przytacza przypadek, w którym lekarz pragnąc ręcznie wydobyć łożysko przebił tylne sklepienie pochwy, dostał się ręką do jamy brzusznej i wyciągnął pętle jelita długości 45 cm. Operację polegającą na usunięciu macicy wytworzeniu sztucznego odbytu i setonowaniu przez powłoki i przez pochwę chora zniosła dobrze, jednak wytworzyła się przetoka moczowodowo-pochwowa. Dalsze leczenie w toku.

Autor zwraca uwagę, że chora wykazywała pewne cechy niedorozwoju, co mogło mieć znaczenie dla powstania tak znacznego obrażenia porodowego, gdyż ściany pochwy i jej sklepienia są w tych przypadkach szczególnie cienkie i podatne.

Przy sposobności przypomina autor parę znanych z piśmiennictwa i rażących przypadków ciężkich uszkodzeń w III-im okresie porodu, jak naprzykład wydobycie macicy zamiast łożyska i wyrwanie jej z jamy brzusznej. Przypadek ten zresztą skończył się pomyślnie.

W sprawie zaczynów jajnikowych. Wpływ ciałka żółtego na cykl rujowy. (A propos des hormones oviariennes. Influence du corps jaune sur le cycle oestrien). Cotte G. i Pallot G. *Cmpts. rend. des séances de la Soc. de Biol. T. 99. Nr. 19, 1928.*

Autorowie wszczepiali połowę ciałka żółtego kobiety, uzyskanego na drodze operacyjnej białej (kastrowanej) wytrzebionej szczurzycy, drugą zaś połowę tegoż ciałka żółtego wszczepiali szczurzycy prawidłowej. Jeśli ciałko żółte pochodziło z okresu późniejszego, jak 15 dni po ostatniej miesiączce, to wszczepienie nie wywoływało u kastrowanej szczurzycy żadnego wyniku, a u zwierzęcia kontrolnego powodowało zahamowanie okresu ruji. Natomiast jeśli ciałko żółte pochodziło z okresu 11 — 13 dni po perjodzie to u prawidłowej szczurzycy występowało przyśpieszenie ruji a u wytrzebionych stwierdzano 1 — 2 okresów rujowych; jednakowoż następnie ruja opóźniała się u zwierząt prawidłowych, a u szczurzyc wytrzebionych nastepował zupełny spokój śluzówki pochwy.

Wniosek autorów brzmi: świeże ciałko żółte zawiera jeszcze pewną ilość choć niewielką zaczynu rujowego, w starszym ciałku żółtym znajduje się inny jakiś zaczyn jajnikowy hamujący jajeczkowanie.

Działanie wyciągów jądrowych rozpuszczalnych w lipoidach na żeńskie narząd płciowy. (Action d'extraits orchitiques liposolubles sur le tractus génital femelle). Bronka L. et H. Simonnet. *Compt. rend séances 6e la Soc. de Biol. T. 99 N. 19. 1928.*

Rozpuszczalne w tłuszczach wyciągi jąder byczych wywołują u szczurów tak nie dojrzałych, w wieku 18—22 dni, jak dojrzałych, ale wytrzebionych — objawy rui na pochwie, macicy i jajowodach. Działanie tych wyciągów, przygotowanych w ten sam sposób co wyciągi z przedniego płata przysadki lub z pęcherzyków Graafa, — zbliża się do działania wyciągów łożyskowych i przedniego płata przysadki mózgowej, jednakowoż wpływa ono silniej na rozwój pęcherzyków Graafa w niedojrzałym jajniku niż follikulina.

Czy istnieje antagonizm pomiędzy wodnym wyciągiem z pęcherzyka Graafaa follikulins. (Existe-i-il un antagonisme entre l'extrait hydrosoluble du lobe antérieur de l'hypophyse et la folliculine?). L. Brouha. *Cpt. rend. des séances de la Soc. de Biol. t. 99, n. 19.*

Już *Evans* i *Long* stwierdzili, że injekcje wodne wyciągu przedniego płata przysadki mózgowej powodują niewystępowanie ruji u szczurzyc.

U normalnych zwierząt kontrolnych występuje ruja na 36 — 46 dnia. U zwierząt, u których poczynając od 21 dnia wstrzykiwano codzień follikulinę ruja występuje już na 26-ty dzień, czyli po 5 dniach. Jeśli szczurzycom 2 -dniowym wstrzykiwać codzień wodny wyciąg przysadki mózgowej, to pochwa otwiera się na 41 do 43 dnia, ale ruja nie występuje. Wstrzykiwanie jednocześnie follikuliny i wyciągu przedniego płata przysadki wywoływało już po 5 dniach otwarcie pochwy i ruję (czyli wyciąg przedniego płata nie przeszkadza działaniu follikuliny). Jeśli jednak przerwać injekcje follikuliny i pozostawić nadal wstrzykiwanie wyciągu przedniego płata przysadki, to w czasie tego leczenia ruja nie występuje. Jak przypuszcza autor, wyciąg przedniego płata przysadki zmniejsza produkcję zaczynu pęcherzykowego, wywołując przedwczesną luteinizację pęcherzyka.

W sprawie rozpoznawania niepłodności kobiecej za pomocą lipiodolu (hysterosalpingografji—przyp. refer.). A propos du lipiodo-diagnostic de la sterilité chez la femme). R. Imbert. *Paris Mèdical n. 21 r. 1929;*

Autor porusza wątpliwość wypowiadaną już przez innych autorów, nasuwającą się w czasie badania rentgenowskiego po wprowadzeniu płynu kontrastowego drożności jajowodów. Chodzi mianowicie o to, czy zawsze obraz rentgenowski odpowiada istotnemu stanowi rzeczy, to jest, czy o ile lipiodol nie przechodzi po za ujście brzuszne jajowodu, to istotnie jest ono zamknięte.

Autor przytacza przypadek, w którem salpingografia wykazała zamknięcie jajowodu w ujściu brzusznem, natomiast po operacyjnym wycięciu tejże trąbki przestrzykanie jej wodą stwierdziło drożność ujścia brzusznego. Salpingografję wykonywano z zamknięciem szyjki macicy i przy ciśnieniu 300 mm. Hg.

(Ciężki zarzut stawiany przez autora badaniu rentgenowskiemu jajowodów jest niedostatecznie uzasadniony, gdyż niedrożność wywoływać mogły zrosty dookoła ujścia brzusznego trąbki, rozerwane w czasie operacji — przyp. refer).

Przypadek powyższy zaprzeczać ma tezie Cl. Beclére'a który uważa badanie rentgenowskie jajowodów za miarodajne i dające odpowiedź zgodną z prawdą o ile stosowana była technika a col fermé, oczywista z mierzeniem wysokości ciśnienia.

Psychozy połogowe. (Psychoses puerpérales). Levy-Valensi J.). *Paris Mèdical n. 21, 1929 r.*

W wykładzie swym przeznaczonym dla studentów autor pokrótce przechodzi postacie kliniczne zachorzeń umysłowych związanych z płodzeniem. Za czynniki etjologiczne uważa autor wzruszenie, wyczerpanie, zakażenie i samo-zatrucie. W tej ostatniej grupie zamyka autor takie czynniki, jak zatrucie ciążowe, zaburzenia we wzajemnej korelacji i w czynności poszczególnych gruczołów dokrewnych, wreszcie grę nerwów błędnego i współczulnego.

Jako tezę zasadniczą autor wysuwa zdanie, że nie istnieją w zasadzie psychozy lub psychoza połogowa, należy natomiast myśleć o chorobach umysłowych, które mogą się przydarzyć w połogu czy w ciąży. To też znajomość postaci klinicznych ogólnie znanych schorzeń umysłowych w zupełności wystarczy, aby zorjentować się w t. zw. psychozach połogowych. *T. Zawodziński.*

CHOROBY UCHA, NOSA I GARDŁA.

Wpływ leków naczynioruchowych na błędnik (L'action labiryntique des mèdicaments vaso-moteurs). Terracol. *Revue de Laryngologie, L'otol. T. 50., Nr. 1, styczeń 1929.*

Sympatykektomia, stosowana już obecnie z rozmaitych wskazań (ozena, bóle głowy. i t. d.) nie ma zdaniem autora wielkiej przyszłości, tembardziej, że wyniki tej metody operacyjnej są przemijające. Autor widzi przyszłość w wypośrodkowaniu przetworów leczniczych działających selekcyjnie na poszczególne włókna nerwu współczulnego.

Z przetworów czysto chemicznych autor omawia tylko acetylcholinę, która zdaje się mieć działanie rozszerzające na naczynia błędnika. Może ona mieć znaczenie jako antagonista adrenaliny, a pozatem dla rożniczkowego rozpoznania między zaburzeniami czynnościowemi a anatomicznym zanikiem naczyń błędnika. Z przetworów fizjologicznych gruczołów dokrewnych wspomina autor tylko ogólnie o przysadce, jajnikach, w adrenalinie widzi doskonały środek działający przez skurcz naczyń błędnikowych dodatnio na pewną grupę kryz błędnikowych.

Nawrotne zapalenie wyrostka sutkowego (Les mâstoîdites rècidivantes). Rateau *j. w., Nr. 2. styczeń, 1929.*

Nie chodzi tu o objawy niezupełnego zaleczenia z powodu niedokładnej operacji lub zbyt szybkiego zamykania się rany, lecz o nawroty po latach. Okolicznościami sprzyjającemi nawrotom są: 1) zmiany przewlekłe w uchu środkowem, przeoczone podczas pierwszej antrotomii, zmiany, które już za pierwszym razem powinny były dać wskazanie do zabiegu doszczętnego, dalej 2) zakażenie ponowne komórek kołoantralnych lub w pozostawionej części wyrostka sutkowego, 3) zjadliwość zakażenia ponownego 4) słabość blizny, 5) obniżenie odporności ogólnej z jakiejkolwiek przyczyny. Droga ponownego zakażenia prowadzi albo przez nos i trąbkę, zwłaszcza w grypie, albo przez naczynia krwionośne. Autor przytacza po jednym przypadku każdego z tych typów.

Czy zimowy pobyt w Egipcie jest wskazany dla cudzoziemców z gruźlicą krtani wyleczoną, lub w drodze do wyleczenia? (Faut-il conseiller de sejour de l'Egypte en hiver aux étrangères tuberculeux du larynx- gueris ou en voie de guèrison?) Duverger. *jw. Nr. 3, luty 1929.*

Podczas 23-letniej praktyki w Egipcie autor miał sposobność wystarczającą poznania właściwości klimatu egipskiego. Na podstawie licznych dowodów autor twierdzi, że pobyt porą zimową: w czasie od końca listopada aż do końca maja jest dla cudzoziemców z gruźlicą krtani lub w rekonwalescencji po tem cierpieniu szkodliwy, wywołując nierzadko groźne pogorszenia, wzglednie nawroty. Przyczyny tego faktu dopatruje się autor w wielkiej niestałości temperatury dziennej, która koło południa wynosi koło 18 do 22 stopni, a koło godziny 4—5 popołudniu spada nagle,—najczęściej w ciągu kilku minut, o 10 do 15 stopni. Nie tylko krtań rzeczonej grupy kuracjuszów, ale i śpiewaków, skądinąd zdrowych, lecz nie przystosowanych do tych gwałtownych zmian. oddziaływa na te zmiany silną niedyspozycją. Autor opisuje jako przykład klasyczny przypadek pogorszenia u przyjezdnej rekonwalescentki po zaleczonej w Szwajcarji gruźlicy krtani.

Zamknięcie trąbki i jego następstwa (L'obstruction tubaire et ses suites) Portmann-Kistler. *jw. Nr. 4. luty 1929.*

Cierpienie to powoduje kompleks objawów określanych niekiedy jako otitis catarrhalis: lecz błędnie, gdyż niema ono nic wspólnego ze stanem ani zapalnym ani nieżytowym. Natomiast może być następstwem nieżytów nosa i gardła jak również usposabiać do stanów zapalnych ucha środkowego. Inne przyczyny cierpienia, to adenoidy, guzy, przerosty

w nosie i najróżnorodniejsze cierpienia nosa, prowadzące do owrzodzeń, obrzęku, nacieków, strupów blizen. Praca omawia symptomatologję, anatomję patologiczną, rokowanie i leczenie cierpienia, wskazuje na niekorzystny wpływ jego 1) na rozwój mowy i inteligencji w razie powstania i utrzymywania się we wczesnym wieku, 2) na pneumatyzację wyrostka a w związku z tem 3) na rozwój stanów zapalnych ucha środkowego i 4) na powstawanie perlaków.

Nakłucie podpotyliczne w powikłaniach ropnego zapalenia ucha środkowego. (La ponction occipito-atloidienne dans les complications de l'otite moyenne suppurée). Gaston. *Archives internat. de lar., T. 35, nr. 4. Kwiecień 1929.*

Rosnące znaczenie nakłucia podpotylicznego zaznacza się i w otologji. Nie odbiera to nakłuciu lędźwiowemu nic z jego ważności. Wskazuje na to zgodnie szereg autorów jak *Ramadier, Knick, Uffenorde, Kindler, Lange, Lund* i inni. Nakłucie podpotyliczne ma szczególne znaczenie, 1) gdy zachodzi rozbieżność pomiędzy wynikiem ujemnym nakłucia lędźwiowego a groźnym przebiegiem powikłania, wskazującym na zapalenie opon mózgowych (w którymto przypadku *Lange* przypuszcza zamknięcie komunikacji między przestrzenią podpajęczynową w czaszce a kanałem kręgowym), lub 2) gdy brak drobnoustrojów w mętnym płynie rdzeniowym prowadzi do błędnych wniosków, podczas gdy drobnoustroje te wykazać można w płynie z nakłucia podpotylicznego, wreszcie 3) w stadjum przedmeningitycznem (stade intermédiaire d'irritation meningée) w przebiegu ostrego zapalenia błędnika. Po okresie, w którym nakłucie podpotyliczne wykazuje więcej zmian niż lędźwiowe, przychodzi okres wyrównania zmian, a po nim przeciwnie w trzecim okresie zmiany w płynie rdzeniowym przeważają nad zmianami w płynie z nakłucia podpotylicznego („l'inverssion de le formule liquidienne"). Technika zabiegu jest prosta i nie przedstawia niebezpieczeństw. Igłą długą na 7 ctm. grubości igły do nakłucia lędźwiowego wkłuwa się prostopadle do skóry i lekko ku górze między protub. occ. ext. a wyrostkiem ościstym kręgu obrotowego na głębokość $3^1/_2$ — 4 ctm. u kobiet, a $4^1/_2$—5 ctm. u mężczyzn. Autor podaje szczegółowo przebieg czterech własnych przypadków.

O projekcji przestrzennej wrażeń błędnikowych, słuchowych i obrotowych. (De la mise au poiut spatiale des images sensorielles labyrintiques. auditives et gyrativès. Bard. *jw.*

Autor ma oryginalne zapatrywanie na czynność mięśnia strzemiennego (stapedius) i napinacza błony bębenkowej (tensor tympani). Przeprowadzając analogję z okiem dopatruje się podobieństwo pierwszego z mięśniami tęczówki, a drugiego z mięśniem rzęskowym. Skurcz pierwszego napina jednostajnie całą błonę bębenkową, skurcz drugiego umożliwia różny stopień napięcia poszczególnych części błony bębenkowej, co zdaniem autora sprawia, że w pierwszym wypadku powstaje rodzaj akkomodacji na wrażenie słuchowe odległe, zaś w drugim na bliskie. W tym ostatnim przypadku ucho zyskuje zdolność wyodrębniania poszczególnych tonów względnie dźwięków i słów w natłoku wrażeń, co jest warunkiem n. p. uczestniczenia w gromadnej konwersacji. Czysty brak tej zdolności w starości przy prawidłowym pozatem słuchu tłomaczy autor właśnie utratą funkcji mięśnia strzemiennego. Błędnik tylny (kanały półkoliste) określa autor jako zmysł obrotowy (Sens de la gyration). Czynność jego polega na nastawieniu zapomocą ruchów głowy — kanałów połkolistych w ten sposób, aby płaszczyzny tych z pośród trzech kanałów, dla których to jest przy dalszym ruchu możliwem przy względnie najmniejszem zboczeniu kątowem głowy nastawić równolegle z płaszczyzną wirowania. Czynność ta przypomina w dziedzinie wzrokowej ruchy głowy i zbieżność gałek ocznych dla umożliwienia centralnego widzenia przedmiotu. Ta odruchowa akkomodacja przestrzenna odgrywa pierwszorzędną rolę w utrzymaniu równowagi ciała, a to nietylko przy ruchu wirowym, lecz i prostolinijnym, który można uważać jako ruch kolisty o bardzo dużym promieniu.

Dr. Schwarzbart (Krakow)

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

O wypryskach bakteryjnych i grzybicowych. Uwagi tyczące się patogenezy i leczénia. (Les eczémes pyococciques et mycosiques. Le role de la sensibilisation aux déchets microbiens. Essai pathogénique et thérapeutique). H. Jausion, P. Cot i Sohier. *La Presse médicale, Nr. 20, 9 marea 1929*.

Wszystkie zmiany wypryskowe, rozwijające się na podłożu łojotokowem — a więc objęte nazwą „Parakeratosis Brocq", „eczematides Darier", mają często, jeżeli nie zawsze, jedną cechę wspólną: występują one mianowicie równocześnie ze zmianami skórnemi bakteryjnemi lub grzybicowemi *Sabouraud* rozróżnia 3 grupy wyprysków mikrobowych.

1° Pityriasis steatoides, — z pierwotnem umiejscowieniem na owłosionej skórze głowy — pochodzi z przeobrażenia się pityriasis simplex. Czynnikiem wywołującym jest tu morococcus i dlatego tą grupę określa S. „morococcide eczematiforme".

2° Intertrigo retroauricularis może u osobników młodych uogólnić się i dać obraz wyprysku, począwszy od postaci zupełnie suchych aż do wybitnie ropiących. Tą grupę nazywa S. „streptococcides eczématiformes."

3° Acne necrotica miliaris u osobników starszych o typie pletorycznym, skłonnym do czyraczności może również przybrać postać wypryskową, którą S. określa nazwą „staphylococcides eczematiformes".

Trzy te grupy schorzeń rozwijają się na podłożu łojotokowem. We wszystkich powyższych przypadkach mamy do czynienia z brakiem odporności w stosunku do słabo patogenicznego virus a nawet z uczuleniem, co zdołał już autor wykazać w przypadkach czyraczności, wywołując odczyn po śródskórnym wstrzyknięciu, rozpuszczonych staphylokoków. To samo udawało się uzyskać lecz w mniej czystej formie w dermatozach streptokokowych. Nietylko żywe bakterje mogą wywoływać wyżej wymienione dermatozy, ale i nieżywe, a nawet miazga bakteryjna, czego dowodem jest właśnie dodatnia reakcja po wstrzyknięciu rozpuszczalnych bakteryj.

Takie same zmiany wypryskowe powstają na skutek uczulenia na grzybnie, czego dowodem jest częste występowanie zmian wypryskowych, zupełnie jałowych w przebiegu grzybic, rozwijających się

w innem miejscu. I w tych wypadkach odczyn trichophytinowy często bywa dodatni, a wyleczenie ognisk tak grzybicowych, jak i wypryskowych następuje równocześnie i tym samym sposobem. Z powyższych rozważań widać, że patogeneza tych wyprysków jest ta sama.

Leczenie: dobre wyniki można uzyskać przez stosowanie odpowiednich szczepionek w połączeniu z leczeniem insuliną. Często uczulenie skóry otrzymuje się nawet po wygaśnięciu sprawy infekcyjnej dając powód do utrzymywania się wyprysku i w tych razach autor poleca odczulenie neurowegetatywne. W przypadkach grzybicy zaleca autor dożylne wstrzykiwania płynu Grama lub ekwimolekularnej mięszaniny roztworu jodu i natrium hyposulfur (ex tempore parat.) lub wreszcie odpowiednio sporządzone roztwory chrysarobiny. Jako środek przeciw powyższym wypryskom, jakikolwiek byłby czynnik patogenetyczny, czyli jako środek przeciw grzybicom, wypryskom i pyodermitom stosował autor dożylne wstrzykiwania natrium hyposulfur w dawce 5 gramów w roztworze 20 cm 3 z dodatkiem 5 mgrm. pilocarpinum hydrochloricum celem wydalenia przez pocenie siarki ze skóry. W końcu jako środek przeciwparakeratotyczny emetyk arszennikowy pyridyny, zmięszany z rozpuszczalnym bizmutem. Te środki wystarczały w leczeniu.

Przyczynek do słoniowacizny sromu. (A propos d'un cas d'éléphantiasis vulvaire). J. Gaté i J. Rousset. *Annales de Dermatol et de Syphiligr. N. 4 — kwiecień 1929.*

U kobiety 33-letniej, cierpiącej na kiłę od 4-ch lat, niedostatecznie leczonej, wystąpiło stwardnienie i powiększenie warg sromowych większych, mniejszych i łechtaczkl, Autor zalicza powyższy przypadek do grupy syphiloma hypertrophicum Furnier'a. Biopsja wykazała obecność stanu zapalnego w skórze właściwej i tkance podskórnej, głównie wzdłuż naczyń. Proces zapalny jakkolwiek doprowadzał już do stwardnienia, jednakże był jeszcze czynny (silne nacieczenie leukocytowe, rozszerzone naczynia). Po zastosowaniu leczenia specyficznego i miejscowego w postaci przemywań roztworem kal. hyperm, i pendzlowania nadżerek 10% arg. nitr. zmiany znacznie się cofnęły.

Pęcherzykowo-krostkowa osutka jodowa, wikłająca szczepienie ospy w przypadku morbus Brighti. (Jodisme bulleux et pustuleux compliquant l'évolution de la vaccine chez um brightique). Ph. Pagnier i A. Ravina. *La Presse médicale 29 maja 1929 N. 43.*

U 40-letniego mężczyzny chorego na zapalenie nerek zaszczepiono krowiankę. W 4 dni pojawiło się obrzmienie gruczołów pachowych a miejsce szczepienia przybrało wygląd niezwykły. W tym samym czasie na owłosionej skórze głowy wystąpiły liczne wykwity grudkowe, szybko ulegające zropieniu a na twarzy, kończynach, i tułowiu liczne pęcherze różnej wielkości. Chory pobierał przez 5 dni. 0.11 jodku sodowego pro die. Temperatura wahała się od 38° do 39°. Równocześnie wystąpiła b. silna oliguria. Po kilku dniach zmiany zaczęły ustępować nie pozostawlając blizn. Chory zmarł z powodu pogorszenia się sprawy zapalnej w nerkach. Autor twierdzi zgodnie z szeregiem innych autorów, że krowianka ułatwia rozwój infekcji lub działanie intoksykacji.

Zgorzel aseptyczna wskutek ukłucia ołówkiem anilinowym. (Nécrose aseptique par le crayon d'aniline). P. Wilmoth *La Presse medicale 29 maj 1929 — N 43.*

Opis przypadku, który jest przykładem zgorzeli chemicznej, 13-letuia dziewczyna wbiła sobie w stopę ostry odłamek ołówka anilinowego. Po 10 dniach miejsce ukłucia silnie obrzękło, zaczerwieniło się i w kilka dni powstało owrzodzenie zgorzelinowe z silnie zapalną obwódką. Owrzodzenie usunięto operacyjnie, rana zagoiła się per secundam, objawów ogólnych nie było. Autor zwraca uwagę na źrące działanie odłamków anilinowych i na konieczność usuwania tkanek przesiąkniętych tą rozpuszczającą się substancją chemiczną.

Wpływ eter-benzyl-cynamonjanu na gojenie się owrzodzeń i na bóle. (L'action de l'éther benzyl-cinnamique sur les ulcérations de natures diverses et ses effets sur le symptome douleur). J. Jacobson. *(„Bullet et mémoir de la Société médicale des Hopitaux de Paris". Nr. 13 — 29 kwietnia 1929).*

Szereg zdjęć fotograficznych, wykazujących szybkie gojenie się owrzodzeń gruźliczych, trądowych, kiłowych i żylakowych wrzodów goleni pod wpływem domięśniowych codziennych wstrzykiwań eter-benzyl-cynamonjanu w dawkach 1 cm. w ciągu 12-tu dni z następową 15-dniową przerwą.

Po 3-ciej serji — przerwa miesięczna. Autor zwraca uwagę na niespecyficzne działanie tego środka. W przypadkach spostrzeganych szybko ustępowały objawy zapalne jak zaczerwienienie, napięcie tkanek i bolesność. Autor zauważył wyraźny wpływ tego środka na znikanie bólów napadowych. Niespecyficzne, przeciwzapalne działanie wymienionego leku pozwala na szybsze ustępowanie sprawy istotnej. Gosset, Gutmann i Jahiel rozpoczęli stosowanie tej metody leczniczej w stanach zapalnych okołojelitowych.

O wyprysku (Essai sur l'eczèma) Dr. Carle *Le Journal de Médicine de Lyon, Nr. 224, 5 maj 1929.*

Eczema jest to schorzenie charakteryzujące się przez powstawanie pęcherzyków na swędzących, zaczerwienionych, nie ściśle ograniczonych miejscach skóry, zwykle symetrycznych, ze specjalną skłonnością do umiejscowienia się w niektórych okolicach skóry. Następowo tworzą się strupy, gojenie odbywa sią bez blizn, nawroty są częste. Histologicznie zawsze można wykazać w części brodawkowej skóry tworzenie się pęcherzyka, zasadniczego elementu wyprysku. Co do etjologji wyprysku zdania są podzielone, Jedni uważają za główną przyczynę czynniki zewnętrzne, inni endogenne: nabyte lub konstytucjonalne, W ciągu kilkudziesięciu lat w miarę postępu badań zwłaszcza bakterjologicznych wyłączono z grupy objętej nazwą eczema szereg grup mniejszych, jak: 1) grzybice (eczema marginatum, epidermo mycosis eczematoides, dyshydrosis i intertrigo mycotica), 2) schorzenia skóry bakteryjne (staphylodermja, streptodermja i coccidermja eczematiformis), 3) zawodowe i zapalne schorzenia skóry,

Leczenie: w zawodowych zapaleniach skóry zwykle wystarcza zastosowanie maści łagodzących. W bakteryjnych i grzybicowych suchych postaciach zaleca autor mniej lub bardziej wysyconą nalewkę jodową co drugi dzień, naprzemian z maścią o następującym składzie; Ol, Cadini 3 — 5, sulf. ppti 2.

Bals, Peruv. 1, Camph. 0,5, Zinci ox. 0.5—2, Lanoli, ni Vaselini aa 10,0, Autor poleca zwiększyć procent siarki i ol. Cadini w przypadkach bardziej opornych a ilość Zincum w postaciach sączących. W przypadkach bardzo sączących i zaczerwienionych stosował autor na dzień okłady z płynów ściągających a na noc obojętne tłuszcze n. p. ol. lini i aqua calcis w rownych ilościach. W końcu w przypadkach liszajcowatych okłady z wody *Aliboura*. W niektórych przypadkach należy stosować naprzemian trzy powyższe metody. Niejednokrotnie przyspiesza leczenie stosowanie odpowiednich szczepionek.

O języku „czarnym brodawkowatym" (langue noire pileuse) A. Lutiez. *Presse Mèdicale 1929, Nr. 50.*

Schorzenie powyższe polega na obecności ciemnobrunatnych lub fioletowo brunatnych przerosłych brodawek na grzbiecie języka, pokrytych gęstą masą śluzowo-bakteryjną. Schorzenie to pojawia się w wieku późniejszym, często w przebiegu chorób chronicznych i w stanach kachektycznych. O wywołanie tych zmian podejrzewa się cały szereg drobnoustrojów, etjologja nie jest jednak do dzisiaj wyjaśniona, Leczenie polega na:

1. powstrzymywaniu się od palenia tytoniu, od spożywania potraw drażniących, fermentujących i t.p.,
2. na wstrzykiwaniach podskórnych codziennych w serjach po dziesięć z dziesięciodniowemi przerwami, ol. camph, lub natr. cacodyl:
3. na doustnen podawaniu roztworu Lugola 1—2 łyżeczek przy każdem jedzeniu przez przeciąg 3-ch tygodni,
4. na zwilżaniu języka roztworem 1,10 acid. salic. naprzemian z roztworem glyceryny i błękitu metyl. 1/20,
5. na częstem płukaniu ust wodą Vichy.

Czy badania biologiczne wyjaśniły etjologję choroby Nicolas — Favre? (Les recherches biologique ont — elles éclairé l'étiologie de la maladie Nicolas Favre?) J. Nicolas, M. Favre i F. Lebeuf. *Journal de Méd. de Lyon, Nr. 225, 1929.*

Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta, schorzenie nazwane również czwartą chorobą weneryczną, nie jest schorzeniem gruźliczem, ani kiłowem, ani dymienicą w przebiegu wrzodu miękkiego ani w końcu żadnem innem o znanej etjologji schorzeniem gruczołów limfatycznych, co wykazuje brak wszelkich cech i dodatnich prób charakterystycznych dla tych schorzeń.

Badania ropy pobranej z nieotwartych zmian i skrawków z wyciętych gruczołów schorzałych wykazywały szereg drobnoustrojów i tworów rozmaitych z których różnorodności należy wnosić, że nie były oue patognomiczne. Autorowie zakładali szereg sztucznych hodowli, które przeważnie nie dawały żadnych rezultatów. Przeszczepianie tak na ludzi jak i na zwierzęta dawało wyniki ujemne z wyjątkiem nielicznych prac (*Gay-Prieto*), przez autorów nie potwierdzonych. Śródskórne szczepienie antygenu, sporządzonego z gruczołów schorzałych było w przypadkach choroby Nicolas — Favre zawsze dodatnie a u zdrowych ujemne. Ten stan allergiczny dowodzi, że schorzeniu towarzyszą zmiany humoralne a virus jest prawdopodobnie przesączalny. Vaccinoterapja szczepionką własną i obcą nie dawała dobrych wyników, gdyż usuniecie chirurgiczne gruczołów potrzebnych do sporządzenia szczepionki wystarcza, zdaniem autora, do wyleczenia, którego nie można odnosić do stosowania szczepionki.

O „przykurczach" kiłowych. (Sur une manifestation musculo-tendineuse de la syphilis. Les „contactures" syphilitiques. Le contracture syphiltique des jumedux). M. Favre. *Journal de Méd, ed Lyon, Nr 225, 1929*

Przykurcz kiłowy mięśnia dwugłowego ramienia występuje zwykle nagle, objawia się ograniczeniem ruchów wyprostnych przedramienia i bólami, występującemi podczas wykonywania ruchów. Zmiany powyższe pojawiają się prawie wyłącznie w okresie drugorzędowym kiły, wyjątkowo w okresie późniejszym, kiła do dzisiaj jest jedyną znaną przyczyną, zdolną wywołać podobne zmiany. *Fournier* twierdzi, że kiła atakuje w powyższy sposób tylko musculus biceps brachii. Autor zaprzecza temu, podając opis 2-ch przypadków kiłowego przykurczu biceps femoris.

W końcu twierdzi autor, że teoretycznie niemożna odmówić i innym czynnikom etjologicznym możliwości wywołania podobnych stanów. Dotychczas jednak spotykamy te przykurcze tylko w przebiegu kiły.

LISTY DO REDAKCJI

Żydaczów dnia 7.VI-29 r.

Szanowna Redakcjo!

Odnośnie do artykułu P. Dra Rubinsteina, zamieszczonego w ostatnim Nr. Wiedzy lekarskiej—w sprawie helminthiasis—chciałbym również donieść o dwóch przypadkach czerwiwości, które przebiegały pod postacią zupełnie innych chorób.

Jakkolwiek swędzenie skóry, a zwłaszcza nosa jest objawem dość często (nie stale) towarzyszącym czerwiwości, to wiemy jednak, że nie są to znamiona rozpoznawcze dla helminthiasis, dla której jedynym wskaźnikiem jest badanie kału.

Ponieważ na prowincji badanie to jest utrudnione, należy w okolicach, gdzie czerwiwość panuje — pamiętać o niej i w każdej niejasnej sprawie gorączkowej zainicjować leczenie zastosowaniem środka przeczyszczającego w połączeniu z anthelminticum (o ile oczywista niema przeciwskazania dla środka przeczyszczającego).

I. przypadek dotyczył położnicy 4 dni po porodzie niejakiej D. M. lat 30. Rodzi poraz 3-ci. Wezwano mnie wieczorem.

Chora podaje, że w południe tegoż dnia dostała silnych dreszczy, gorączki i wymiotów. Skarży się na ból głowy. Swędzenia niema. Badanie: Temp. 39,8, tętno 130 miękie. Serce, płuca bez zmian. Brzuch nieco wzdęty, miejscami bolesny, Drogi porodowe żadnych zmian patolo gicznych (makroskopowo) nie wykazują. Następnego dnia ponowne dreszcze, bóle brzucha, pozatem bez zmian. Rozpoznanie moje: Septicaemia połogowa. Zainicjowałem leczenie kalomelem w połączeniu z santoniną. Następnego dnia odeszło 18 askarid, temperatura spadła do normy, tętno również. W pięć dni później chora wstała.

II. przypadek dotyczył dziewczynki Z. Ch. lat 13. Silne bóle brzucha, wymioty, czkawka, zatrzymanie stolca i wiatrów. Swędzenie w nosie.

Badanie: Temp. 37,8. Tętno przyspieszone, facies hypocratica. W lewym górnym kwadrancie brzucha wyczuwa się dość twardy guz, wielkości małej pięści. Rozpozn.: Obturatio jelita. (Możliwie koprostaza).

Odważyłem się na środek przeczyszczający łącznie z santoniną. Tego samego dnia odeszły 32 obleńce i dziecko parę dni później było zupełnie zdrowe.

Ponadto chciałbym zwrócić uwagę na fakt, zaczerpnięty z mej praktyki, że drgawki u dzieci, zwłaszcza małych — przypominające bądź to eklamptyczne, choreatyczne, lub epileptyczne, bądź też przypisywane utrudnionemu ząbkowaniu — znikają bardzo często całkowicie po zastosowaniu santoniny.

Łączę wyrazy należnego szacunku

Dr. Emanuel Glasgall.

K R O N I K A.

Otrzymaliśmy od Rodziny Lekarskiej następującą odezwę.

Szanowni Koledzy!

Ciężkie warunki pracy w zbiedzonej przez wojnę i dźwigającej się z gruzów Niepodległej naszej Ojczyźnie dotknęły narówni ze wszystkimi pracującymi ludźmi i stan lekarski. Każdy inny zawód w kilku szczęśliwych posunięciach życiowych może zrobić z człowieka niezamożnego — człowieka zabezpieczonego na stare lata. Zupełnie inaczej jest z lekarzami. Ludzie ci mrówczą swoją pracą z narażeniem życia i zdrowia spełniają swe wielkie posłannictwo, nie dbając i nie myśląc o jakichkolwiek korzyściach materjalnych. I dlatego rodzina lekarska z chwilą utraty swego żywiciela pozostaje nieraz w opłakanych, a bardzo często tragicznych warunkach. Trudno jest wyliczyć wszystkie wypadki tych cichych dramatów, które miały i mają miejsce wśród rodzin lekarskich. Fakty obłąkania, odbierania sobie życia z nędzy, zamieszkiwania z łaski kątem w izdebce stróżowskiej, śmierć od gruźlicy i wycieńczenia, a nieraz wyciąganie ręki po datek same mówią za siebie. Byłe Zrzeszenie Wdów i Sierot po Lekarzach, przemianowane decyzją Walnego Zebrania z dnia 3 marca 1929 roku na „Rodzinę Lekarską", posiada zbyt szczupłe fundusze, by nieraz zapobiedz grożącej katastrofie. Wydawane zapomogi nie przekraczają 30 zł. miesięcznie. Dlatego też, pamiętając że „res sacra miser" powinniśmy ożywić szlachetne uczucie ofiarności, by przez zapisywanie się do "Rodziny Lekarskiej" i wpłacanie składek otrzeć gorzką łzę niedoli z powiek tych, które były najdroższemi naszych najbliższych.

Ufni, że inkasentki nasze (wdowy i sieroty po lekarzach) będą przychylnie przyjęte przez Was i przez Wasze Panie, wzywamy Was do zapisywania się w poczet członków „Rodziny Lekarskiej".

Przewodniczący:

(—) Dr. W. Rogalski gen.

Uwaga: Wpisowe wynosi zł. 5—, składka miesięczna zł. 1.— Cto P. K. O. 15922.

Podziękowanie za złożone ofiary na Rodzinę Lekarską.

Związek lekarzy Państwa Polskiego, Zarząd Główny zł. 200, Związek Lekarzy Państwa Polskiego, w Pabjanicach zł. 85, Lecznica Związkowa zł. 250. Zrzeszenie Lekarzy Kasy Chorych, zł. 1277, Dzielnica Praska Lekarzy Kasy Chorych zł. 155, Laboratorjum Kasy Chorych zł. 17, Izba Lekarska Lubelska zł. 750, Stowarzyszenie Lekarzy Polskich zł. 100, Współpracownicy Sanitarjatu Kolejowego Dyrekcji Warsz. zł. 90, Dr Marja Kasperowiczowa zł. 200, Drowa Celina Pawłowiczowa zł. 157.50 Drowa Sabina Gronowska zł. 20, firma Asmidar zł. 25, Berent i Plewiński zł. 25, Balukiewicz zł. 10, firma Makowski zł. 5, firma L. Nasierowski zł. 100.

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy urządza w dn. 4-ym, 5-ym i 6-ym stycznia 1930 roku III Zjazd Lekarski. Głównemi tematami obrad będą: przemiana materji i wewnętrzne wydzielanie.

W czasie obrad zjazdu odbędą się w Krynicy: międzynarodowe zawody hokeyowe, zawody narciarskie, skoki narciarskie i popisy w jeździe sztucznej na lodzie.

Program szczegółowy zjazdu zostanie niebawem ogłoszony.

Informacyj udziela, zgłoszenia uczestnictwa i zgłoszenia odczytów przyjmuje sekretarz generalny zjazdu: Dr *Witold Skórczewski*, Krynica.

Wilno.

Komitet organizacyjny VIII Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich, mającego się odbyć w dniach 26—29 września w Wilnie, jako sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich powiadamia niniejszym, iż do dnia 26 lipca (prekluzyjnego terminu składania na Zjazd tematów wraz ze streszczeniami) zgłoszone zostały następujące referaty:

Z Krakowa:

Z I-ej kliniki wewnętrznej:

Prof. dr *T. Tempka* i dr *B Braun.* Wpływ djety wątrobowej na czynniki natury hemolitycznej w przebiegu niedokrwistości wogóle a zwłaszcza złośliwej.

Dr *A. Sokołowski.* Metodyka badania ciśnienia krwi w naczyniach włosowatych i jej krytyka.

Z kliniki medycznej:

Prof. dr *J. Latkowski.* Nowsze badania kliniczne nad gruźlicą płuc.

Doc. dr *F. Siedlecki.* 1) Zmiany we krwi pod wpływem histaminy, 2) Anaemia aplastica.

Dr *St. Dziuba.* O leczeniu djetetycznem gruźlicy.

Dr *E. Szczeklik.* O zawartości cukru we krwi u chorych allergicznych.

Dr *C. Bincer.* O wpływie adrenaliny na wydzielanie soku żołądkowego.

Ze Lwowa.

Z oddziału chor. wewn. I Państw. Szpit. Powszech.

Prym. doc. dr *W. Czaurecki.* W sprawie leczenia marskości przerostowej wątroby.

Dr *N. Moller.* Sprawozdanie z przypadku za życia rozpoznanej „histiocytomatozy".

Dr *K. Kuhl.* Uleczony przypadek skazy krwotocznej ze zmniejszoną ilością płytek we krwi po wycięciu śledziony.

Dr *W Elmer i M. Schepo.* 1) Badania porównawcze nad próbą z galaktozą, lewulozą i tetrachlorphenolftaleiną w schorzeniach wątroby. 2) Dalsze badania nad działaniem parahoamonu w tężyczce pooperacyjnej. 3) W sprawie zespołu „Christiana".

Dr *Z. Danielski.* Anoxaemia — jej przyczyny i skutki. Odnośne wnioski w medycynie praktycznej.

Dr *K. Wernicki.* 1) Przyczynek do metodyki czynnościowego badania sprawności mięśnia sercowego i jej zastosowanie przy kontroli wpływu ćwiczeń sportowych na sprawność serca. 2) Pantensiobolometr.

Z Łodzi.

Dr *S. Sterling.* 1) Gruźlica płuc a suchoty płucne. 2) Wytyczne publicznego lecznictwa suchot płucnych (dorosłych).

Z oddziału wewnętrzn. szpit. fundacji Poznańskich:

Dr *H. Kryszek.* Wartość rakownicza odczynu poadrenalinowego.

Dr *H. Kryszek i P. Wołożyńska.* Ciśnienie żylne a tętnicze.

Dr *P. Wołożyńska.* Napięcie powierzchowne surowicy krwi w przebiegu suchot płucnych.

Dr *M. Kocem* i *L. Szyfman.* Późne wyniki wycięcia śledziony w 4 przypadkach tak zwanej thrombopenia essentialis.

Dr *H. Reiterowski* i *M. Kocen.* O wartości prognostycznej określania stosunku potasu do wapnia w surowicy krwi w przebiegu suchot płucnych.

Dr *L. Szyfman, J. Vajnsztok* i *M. Koceń.* O zachowaniu się kwasu moczowego we krwi u chorych na gruźlicę płucną.

Z oddziałów wewnętrznych szpitalu Powszechnego na Radogoszczu i szpitala fundacji Poznańskich.

Dr *J. Itelson* i *M. Kocen.* Badania nad zachowaniem się wzoru białych ciałek krwi pod wpływem bodźców fizjologicznych i nieswoistych ze szczególnem uwzględnieniom jego w przebiegu suchot płucnych.

Z Otwocka.

Dr *G. Kremer.* O profilaktyce i leczeniu szczepionkowem kamicy żółciowej i zapalenia wvrostka robaczkowego.

Z Poznania:

Z I-ej kliniki wewnętrz. U. P. i z oddziału wewn. 7 szpit. okręgowego.

Dr. *T. Kucharski.* W sprawie mechanizmu działania wyciągu z tylnej części przysadki mózgowej na wydzielanie moczu.

Z Zakładu Chemji lekarskiej U. P. i oddziału wewn. 7 szpit. okręgowego.

Dr *T. Kucharski i W. Łapa.* Przemiana węglowodanów u chorych na żółtaczkę nieżytową w spoczynku po podaniu glukozy i po wysiłku fizycznym.

Z II-ej kliniki wewnętrznej U. P.

Doc. *F. Łabendziński.* Badania nad objawawi osłuchowemi w metodzie Korotkowa.

Dr *A. K. Werner.* Podstawowa przemiana gazowa w gruźlicy płuc w przypadkach odmy sztucznej.

Dr *R. Plotkiewiczówna.* O przemianie materji w przebiegu niedokrwistości złośliwej.

Dr *W. Sterkowska.* Wczesne rozpoznawanie raka metodami Abderhaldena.

Z oddziału wewnętrznego 7-go szpitala okręgowego.

Dr *T. Kucharski.* Przemiana wodna u chorych na żółtaczkę nieżytową

Z Warszawy.

Z I-ej kliniki wewnętrznej U. W.

Prof. dr *E. Żebrowski.* Próba klasyfikacji chorób wątroby.

Prof. dr *E. Żebrowski* i dr *E. Bratkowski.* W sprawie pomiarów wątroby w klinice.

Prof. dr *E. Żebrowski* i dr *E. Bratkowski.* O zachowaniu się ślepiej kiszki w chorobach wątroby.

Dr *K. Grener.* Próby czynnościowe układu roślinnego żołądka.

Dr *M. Grycewicz.* Badanie nad zachowaniem się aminokwasów we krwi ludzi zdrowych i chorych.

Dr *J. Grott.* 1) W sprawie wczesnego rozpoznawania cukrzycy utajonej, 2) Znaczenie krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą dla rozpoznawania i leczenia cukrzycy.

Dr *J. Grott i M. Petrynowski* Salwarsan w leczeniu zakażenia dróg żółciowych wielkouśćcem jelitowym.

Dr *J. Grott i J. Trzebiński.* Insulina w leczeniu chorych niecukrzycowych.

Z. II-ej kliniki wewnętrznej U. W:

Dr *E. Apfelbaum.* Odczyn ustroju na bodźca alkaliczne chorobach wątroby.

Dr *L. Blacher.* W sprawie znaczenia dla kliniki liczby płytek we krwi oraz poziomu wskaźnika płytkowego.

Dr *A. Fidler.* 1) W sprawie całkowitej blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego. 2) Wpływ hormonów na układ siateczkowo-śródbłonkowy. Doniesienie I: insulina i pituitryna. 3) Wartość praktyczna oznaczania ciśnienia tętna w tętnicy ramieniowej oraz wskaźnika naczyniowego z uwzględnieniem działania na naczynia krwionośne atropiny i adrenaliny. 4) O wpływie leków nasercowych zwłaszcza koraminy, kardjazolu kofeiny na ciśnienie tętnicze krwi.

Dr *St. Hrom i J. Regulski.* Rola układu siateczkowo-śródbłonkowego w bakterjemji doświadczalnej.

Dr *E. Rejcher.* Serce a praca fizyczna.

Dr *E. Rejcher.* O hipotonji sportowej.

Dr *E. Rejcher* Badania dynamiczne i energetyczne u chorych sercowych.

Dr *J. Węgierko.* Wpływ podanego doustnie tłuszczu i białka na zachowanie się krzywej hiperglikemicznej po cukrze gronowym u chorych na cukrzycę,

Dr *J. Węgierko.* Kilka uwag dotyczących przemiany wodnej i zachowania się cukru we krwi u chorych na cukrzycę w trakcie leczenia insuliną.

Dr *J. Węgierko,* Wartość lecznicza djety Porgesa w cukrzycy.

Dr *S. Złotkin.* Wartość kliniczna badania treści żołądkowej metodą S. Cytronberga.

Ponadto z oddziału przemiany materji tej że kliniki zgłoszono 4 referaty na temat ogólny „Przetwarzanie cukrów prostych, wprowadzonych dożylnie" mianowicie:

Dr *A. Landau, J. Glas i St. Kaminer.* Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi zasadowo-kwasowej.

Dr *A. Landau i J. Glass.* Badania nad związkiem wzajemnym zachodzącym między czynnością wydzielniczą żołądka, a gospodarką chlorową i kwasowo-zasadową ustroju.

Dr *A. Landau i J. Glass.* O niedomodze nerkowej w przebiegu powolnego złośliwego zapalenia wsierdzia (endocarditis lenta).

Dr *A. Landau i J. Glass.* O bezsoku żołądkowo-trzustkowym (achylia gastro-pancreatica).

Dr *A. Landau, B. Glass i J. Bauer.* O zaburzeniach trawiennych ze strony żołądka i trzustki w schorzeniach pęcherzyka żółciowego.

Dr *A. Landau, M. Fejgin i I. Bayless,* O glykoregulacji, zależności jej od układu roślinnego oraz o wpływie na nią środków wegatatywnych.

Dr *A. Landau, M. Fejgin i B. Jochweds.* Przypadek rzadkiego tętna pochodzenia zatokowego, powikłany prawostronnym zespołem Hornera, wraz z pokazem krzywych sfigmophlebograficznych i elektrograficznych.

Dr *A. Landau, J. Glass, St. Kaminer i S. Liljenfeld-Krzewski.* O cukrzycy powikłanej wolem gruczolakowatem jadowitem.

Dr *A. Landau, M. Fejgin i M. Temkinówna.* O cukrzycy powikłanej zwyrodnieniem tłuszczowo - płciowem.

Dr *A. Landau, M. Fejgin i B. Jochweds.* O stosowaniu masywnych dawek insuliny w przypadku cukrzycy powikłanej posuniętą gruźlicą płuc, w której zastosowana była również odma sztuczna.

Dr *A Landau, B Glass i M. Fejgin.* Przypadek cukrzycy powikłanej zgorzelą płuc, skutecznie leczonej zapomocą insuliny i odmy sztucznej.

Z oddziału chorób wewnętrznych spitala św. Łazarza.

Dr *N. Prylucki.* O wartości klinicznej próby z czerwienią Kongo dla wczesnego rozpoznawania skrobiawicy.

Dr *J. Muszkatenblit.* O nadciśnieniu tętniczem napadowem.

Z oddziału wewnętrznego szpitala Dz. Jezus:

Dr *A. M. Kaplan.* O znaczeniu klinicznem nadciśnienia.

Z Państwowego Zakładu Higjeny i Oddziału III B ch. wewn. szpit. Dz. Jezus.

Dr *J. Landsberger.* Dopełniacz jako wyraz stanu czynnościowego układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Doc. *S. Sterling-Okuniewski.* Słów kilka o znaczeniu dla kliniki ciśnienia rozkurczowego.

Doc. *S. Sterling Okuniewski,* Przyczynek do leczenia nadciśnienia samoistnego djatermją.

Dr *L. Robieszczanski.* O leczeniu głodzeniem.

Dr *H. Higier.* Nerwice ogólne i nerwice narządowe w medycynie wewnętrznej ze stanowiska neurologa.

z Wilna.

Z II-ej kliniki wewnętrznej U. S. B.

Dr *J. Klukowski.* Wyniki badań metodą interferometryczną stanu gruczołów dokrewnych w nadciśnieniu tętniczem.

Ponadto z Łódzkiego Towarzystwa zwalczania raka Dr *R. Kalecka* zgłosiła wykład pod tytułem „Wahania poziomu cholesteryny we krwi u chorych na raka" bez streszczenia.

(—) Prof. *Z. Orłowski*
Przewodniczący Komitetu Miejscowego
VIII Zjazdu T. I. P.

(—) Dr *H. Cynkulis*
Sekretarz Miejscowego Komitetu
VIII Zjazdu T. I. P.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski.*
Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU